

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ

Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:

генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

ИЮНЬ

О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КРАСНОЙ АРМИИ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Великая отечественная война окончилась полной победой Красной Армии над фашистской Германией и ее приспешниками. Героическая Красная Армия явила всему миру чудеса военного искусства в борьбе с гитлеровской армией, вооруженной до зубов техникой, которую изготовляли для нее миллионы людей порабощенной центральной Европы.

Победа Красной Армии над врагом всего прогрессивного человечества стала возможной благодаря исключительному моральному единству советского народа и его беззаветной преданности родине. Советский народ создал самую передовую армию современности. Бесстрашие, героизм личного состава, лучшее в мире вооружение и отличная организация на фронте и в тылу характеризовали Красную Армию на протяжении всей Отечественной войны.

Среди факторов, способствовавших победе в Отечественной войне, медицинской службе принадлежит значительное место, так как проблема возврата в строй раненых и больных представляла собой в такой же мере медицинскую, как и оперативно-тактическую задачу.

При ознакомлении с личным составом действующих частей можно было убедиться, что многие бойцы и офицеры, находящиеся в строю на протяжении четырех героических лет войны, в той или иной мере пользовались стационарным лечением в учреждениях медицинской службы Красной Армии.

Наши медико-санитарные учреждения служили постоянным, а по мере продолжения войны все возрастающим источником резервов для пополнения действующих армий; из госпиталей в запасные части и в специальные войска постоянно поступали выздоровевшие раненые и больные. Столь важную и почетную роль медицинская служба армии приобрела, пожалуй, впервые.

В XIX столетии процент населения, призванного в армию, был несравненно меньшим, нежели в настоящую Отечественную войну, которая поистине может быть названа народной. Военная медицина встретила поэтому с рядом новых серьезных задач, потребовавших тщательной организации и более совершенных методов работы. В действующую армию были призваны огромные массы врачей и медицинских сестер. Необходимо было правильно их использовать и создать при их участии наиболее рациональную систему медицинского обслуживания боевых действий войск. Учитывая опыт прошлых войн, медицинская служба положила в основу своей работы принципы единой военно-полевой медицинской доктрины, которая была сформулирована генерал-полковником Е. И. Смирновым. Этапное лечение с эвакуацией по назначению, единство методов лечения составили принципиальные основы, на которых зиждилась лечебная помощь в Красной Армии. На протяжении войны это практически привело к созданию высоко дифференцированной специализированной помощи как раненым, так и больным не только во фронтовом тылу, но и в армейском районе.

Хирургия как основная военно-медицинская специальность оказалась ведущей и в эту войну. Историческую роль и значение хирургической работы, выполненной в годы войны, трудно переоценить. Однако настоящая Отечественная война в большей мере, нежели предыдущие войны, явилась величайшим социальным катаклизмом, неминуемо повлекшим за собой возникновение или выявление

ние большого числа заболеваний, в первую очередь заболеваний внутренних органов. Не случайно величайший деятель военной медицины XIX века Н. И. Пирогов на закате своих дней писал: «Немудрено, что во всякие войны цифра болезненности растет по мере продолжения войны. В войне же продолжительной превосходит цифру поврежденных, наносимых оружием. Так, что в таких войнах более гибнет людей от болезней, чем от ранений. Это повторяется роковым образом в истории войн».

Действительно, на протяжении войн XIX и даже начала XX века цифры заболеваемости во всех армиях мира поистине ужасающие. Количество больных всегда преобладало над числом раненых. Так, например, в американской армии в течение войны 1861—1865 гг. при личном составе в 807 000 человек больных было 6 млн., из них 2 млн. с острыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Следовательно, на протяжении войны на каждые 100 солдат приходилось более 200 заболеваний кишечника. Аналогичные данные можно привести по отношению к английской и французской армии во время Севастопольской кампании 1855 г.

В русской армии во время русско-турецкой войны 1878 г. на 300 000 человек больных имелось 88 700. Известно также, что во время германско-японской войны у японцев на 222 000 больных было 163 000 раненых; в германской армии во время войны 1914—1918 гг. соотношение между числом больных и раненых выражалось в цифрах: 14 500 000 больных (включая амбулаторных) и 4 700 000 раненых.

Все эти и многие другие уже опубликованные цифры высокой заболеваемости обуславливались большим удельным весом в первую очередь инфекционных больных, составлявших подавляющую часть госпитализированных контингентов, о чем свидетельствуют приведенные цифры поносов (фактически дизентерии) в английской, американской и французской армиях и количество заболеваний сыпным тифом в русской армии в 1914—1918 гг.

Пионер военной медицины начала XIX века М. Я. Мудров подчеркивал, что военная медицина складывается из следующих четырех дисциплин: 1) военная гигиена, 2) военная терапия или армейская клиника, 3) военная, или полковая, хирургия, 4) военная фармакология.

К началу Великой отечественной войны медицинская служба Красной Армии имела хорошо развитую противозидемическую организацию: санитарно-эпидемиологические отряды, санитарно-эпидемиологические лаборатории и инфекционные госпитали. Такая организация сыграла весьма положительную роль в деле предупреждения инфекционных заболеваний и ликвидации небольших вспышек их в войсках. И не случайно настоящая Отечественная война проходила при необычном, до сих пор не виданном в истории эпидемическом благополучии действующих армий. Мы имели низкие абсолютные и относительные цифры общей заболеваемости и среди них низкий удельный вес в особенности инфекционных болезней. Более детальное изучение соотношения отдельных форм заболеваний за 3 года войны подтверждает, что больные инфекционные составили в среднем около 8% всех больных, больные терапевтические — около 70% и прочие (кожные нервные, глазные) — около 25%.

В отличие от всех предыдущих войн подавляющую часть всех заболевших составили терапевтические больные. Работники противозидемической службы, уделившие исключительное внимание предупреждению инфекционных болезней, соответственно меньше занимались лечением инфекционных больных. Из-за малого числа инфекционных больных тем большее значение приобретали, тем большее внимание привлекали к себе больные терапевтические. В отношении организации лечебной помощи больным, в частности, больным терапевтическим, уроки истории прошли для военной медицины незамеченными. Писатель-врач Бересаев (1904) спустя почти 100 лет после указаний Мудрова и Пирогова вновь был вынужден констатировать невнимание к делу помощи больным. К решению этой задачи медицинской служба Красной Армии оказалась недостаточно подготовленной. Однако мы являемся свидетелями того, как с самого начала войны развивалось, все нарастая, дело помощи больным, сложившееся в конечном счете в мощную разветвленную систему помощи на всех этапах санитарной эвакуации. Терапевтическая помощь расширялась и из года в год укрепляла свою организационно-штатную структуру.

В 1942 г. было организовано наиболее важное терапевтическое учреждение — терапевтические подвижные госпитали (ТППГ), отлично оснащенные

ные, со значительным штатом квалифицированных специалистов и большими возможностями маневра. На протяжении войны ТППГ отличил себя зарекомендовали и вошли в обиход полевой медицинской службы, играя в первую очередь роль сортировочно-диагностическую и немалую роль лечебную. В последующем (1942 г.) были созданы четвертые терапевтические отделения — ГЛР, терапевтические эвакуоспигали (1943) фронтового (ТЭГ), а затем и армейского (АТЭГ) подчинения; наконец, на крупных эвакуопунктах фронтов и глубокого тыла была развернута сеть специализированных терапевтических госпиталей, оказывавших дифференцированную клиническую лечебную помощь страдавшим туберкулезом, желудочно-кишечными, нервными и прочими заболеваниями.

Немалый опыт также приобрели военные терапевты и в деле оказания лечебной помощи раненым, в особенности тяжело раненым, требовавшим подчас больше, чем хирургической помощи — терапевтического наблюдения и лечения. Особенно оправдала себя содружественная работа терапевтов и хирургов в отделениях и госпиталях для раненных в грудь, живот, в челюсти, где роль терапии оказалась особенно значительной.

К сожалению, военные терапевты Красной Армии, так же как и терапевты гражданской, в начале войны оказались недостаточно подготовленными для работы в полевых условиях. Многому как в отношении клиники, так и в особенности в отношении организации и оказания помощи больным в полевых условиях пришлось учиться на опыте войны. С другой стороны, в роли терапевтов зачастую оказались номинальные специалисты, т. е. лица, не имевшие достаточной клинической квалификации. Несмотря на широко проведенное постоянное обучение и усовершенствование молодых врачей по клинике внутренних болезней, недостаток квалифицированных кадров специалистов давал себя чувствовать на протяжении всей войны.

В начале войны многие медицинские работники фронтов и армий разделяли ошибочную точку зрения о необходимости укомплектования полевых лечебных учреждений только хирургами. В результате этих ошибок потребность на фронтах в квалифицированных терапевтах оказалась, быть может, более острой, нежели в других специалистах. Благодаря наличию специалистов — главных терапевтов (фронтов, армий и эвакуопунктов), явившихся организаторами и руководителями лечебного дела, медицинская служба Красной Армии создала определенную систему терапевтической помощи, укрепила и углубила ее. Назначение на эти ответственные должности крупных клиницистов, опытных терапевтов дало возможность создать лечебную терапевтическую организацию во всех действующих армиях от Северного Ледовитого океана до Балкан. 30 профессоров и свыше 200 докторов и кандидатов медицинских наук составляют кадры фронтовых и армейских специалистов. В результате удалось не только обеспечить высококвалифицированную терапевтическую помощь больным и раненым, но и обобщить многочисленные научные наблюдения на фронтах Отечественной войны. Свыше 100 научных конференций, десятки сборников научных трудов, возвращение в строй до 86% терапевтических больных в 1941 г. и до 91% в 1943 г. — таковы результаты лечебной работы большой сети терапевтических учреждений Красной Армии и НКЗдрава на протяжении Отечественной войны.

Различные климатические условия, в которых происходили боевые действия наших войск, трудные условия, в которых сражались доблестные воины Красной Армии, естественно, создали предпосылки для многообразных заболеваний. Значение экзогенных факторов для военной патологии общеизвестно, на это обращали внимание и наши предшественники, подчеркивая значение при возникновении заболеваний внешних условий атмосферных колебаний, характера питания, одежды, обуви. Участник Отечественной войны 1812 г. кавалер Говоров писал: «С таковым вредным влиянием атмосферы часто случались недостатки в даваемой пище, здоровье, воде, отдыхе и значении прочих необходимых потребностей, которые натурально служили поводом к произведению эпидемических болезней и действовали приметно как разрушительные силы». Совершенно аналогично высказывались Пирогов (1855) и Боткин (1878).

Внешние моменты продолжали действовать, разумеется, и в настоящую Отечественную войну. Они нашли свое наиболее яркое выражение в условиях Ленинградской блокады, протекавшей особенно трагически в зиму 1941/42 г. Трудности военно-походной жизни имелись в разной степени и различного характера везде: за полярным кругом, в горах Северного Кавказа и Карпат, в областях Калининской и Ленинградской области.

Врачам-терапевтам пришлось наблюдать ряд заболеваний и клинических форм, которые по праву могут быть отнесены к патологии военного времени. Причины возникновения этого клинического своеобразия были различны: это могли быть большие физические напряжения, нервно-психические (в особенности вегетативные сдвиги), метеорологические факторы (температурные, влажность, сезонность), характер местности, нарушения питания и, наконец, массовые раневые травмы, которые нередко сами по себе становятся источником заболевания.

В клинической патологии военного времени можно выделить три группы нозологических форм. В первую очередь сюда следует отнести болезни, возникшие на войне и являющиеся в известной мере специфическими для военного времени, «болезни войны» в собственном смысле этого слова; их немного, и они, как правило, не носят массового характера. К этой группе мы хотели бы отнести дистрофии и авитаминозы, наблюдавшиеся в блокированном Ленинграде и среди освобожденных из лагерей гитлеровской Германии. Сюда же относятся инфекционные желтухи и, в частности, почти не наблюдавшаяся в мирное время желтуха Вейля. Сюда же с известным правом можно отнести острые формы легочно-сердечной недостаточности, в первую очередь на почве диффузных бронхиолитов. Наконец, болезнью войны явилась также острая гипертония военного времени, отмеченная в Ленинграде, и острые геморрагические каилляротоксикозы, наблюдавшиеся в Крыму.

Вся перечисленная группа заболеваний имела место, вероятно, и в мирное время, но практически с этими болезнями подавляющему большинству наших терапевтов встречаться не приходилось, и с этой точки зрения они явились для нас «новыми» заболеваниями.

Ко второй группе можно отнести заболевания, наблюдавшиеся повседневно и в мирной обстановке, но в условиях войны приобретшие черты, несколько отличные от обычных существующих представлений об этих болезнях, получивших к тому же особое значение благодаря своему учащению в военной обстановке. Сюда должно отнести в первую очередь острые заболевания, как-то: нефриты и пневмонии, клиническое проявление которых отличается от клиники мирного времени у значительного числа этих больных. Пневмонии и нефриты военного времени, несомненно, заслуживают специального внимания, так как среди других заболеваний их удельный вес довольно значителен.

Не менее существенным представляется нам клиническое своеобразие туберкулеза во время войны. Частота заболеваний, соотношение отдельных клинико-морфологических форм, характер течения и исходы туберкулеза несут на себе черты военного времени. Болезнь клинически характеризуется ювенильностью, атипичностью реакций организма, преобладанием экссудативных форм над формами пролиферативными и фиброзными, склонностью к лимфогенной и гематогенной диссеминации.

Детальное изучение показало, что речь идет не только о своеобразной реакции, но и об инфицировании ранее не переносивших первичного аффекта взрослых людей, пришедших в армию из степей и сельских местностей. Таким образом, представилось возможным изучить течение первичного туберкулеза взрослых лиц.

Точно так же и распространенная в мирное время язвенная болезнь желудка оказалась несколько своеобразным клиническим течением.

К третьей группе следует отнести заболевания, существовавшие у больных до прихода их в армию, усилившиеся или приведшие к функциональным нарушениям в военной обстановке. Речь идет в сущности о больных-хрониках и тех, у которых выявились скрытно протекавшие страдания; сюда, к примеру, можно причислить больных органическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, хронической эмфиземой легких, хроническим гастритом и язвой желудка и отчасти больных фиброзными формами туберкулеза легких. Вся эта группа больных «декомпенсировалась» под влиянием трудных условий боевой обстановки.

Накопленный терапевтами Красной Армии на протяжении войны клинический опыт дал возможность сделать ряд обобщений и выводов в отношении патогенеза и клиники некоторых заболеваний и методики их лечения. Так, например, наблюдения над болезнями нарушения общего питания привели к важным выводам о значении белковой недостаточности в их генезе; была в то же время установлена причинная связь отдельных признаков в клинике дистрофии с А- и В-витаминной недостаточностью, накоплено много новых данных о роли

физического напряжения и других энергетических затрат при возникновении нарушений общего питания; выявлена роль ведущих симптомов (кахексии, пигментации кожи, сердечно-сосудистых расстройств, двигательных нарушений кишечника, глубоких сдвигов в прсмежуточном обмене); вновь описаны своеобразные В₁- и В₂-авитаминозы.

Необычной также явилась клиническая симптоматология остро развивавшихся гипертоний, возникавших иногда в течение 1—2 суток. У этих больных была впервые установлена системность поражений, показана интимная связь между артериальной гипертонией и повышенным тонусом всей гладкой мускулатуры, в частности, желудка и кишечника. Была установлена зависимость между повышением кровяного давления и острой сердечной слабостью. Впервые были описаны ранние, острые изменения сосудов дна глаза, сопровождавшие гипертонию и в последующем (в части случаев) ликвидировавшиеся.

Значительный интерес представляет также течение в условиях войны ряда инфекционных болезней (малярии, дизентерии). Здесь можно упомянуть о коматозных формах малярии на Кавказе и атипичной дизентерии, локализующейся не только в толстых, но и в тонких кишках, о переходе этой болезни в хроническое течение (носительство стертой формы). Укажем также на атипичные (вирусные) пневмонии, вирусные, так называемые «инфекционные нефрозо-нефриты». Патогенетически те и другие в сущности представляют собой распространенные капилляротоксикозы.

Весьма своеобразным оказался механизм возникновения пневмоний и септических осложнений у раненых. Пневмонии были разграничены не только в клиническом, но и в патогенетическом отношении; выявлены отдельные формы пневмоний у раненых: перифокальные по ходу раневого канала, ателектатические, рефлекторные, метастатические.

Много научно ценного выяснено при изучении состояния сердца и сосудистой системы у раненных в грудь и при травматическом шоке. Электрокардиографически удалось установить нарушение венозного кровообращения в сердце и его ишемию в первые часы и даже дни после проникающих ранений грудной клетки. Рентгенологически у этих же раненых зарегистрированы изменения сократительности миокарда, клиническая патология легких установила у них нарушение степени и характера внешнего тканевого дыхания. При травматическом шоке подробно разработана клиника нарушений кровообращения не только в торпидной, но и в начальной эректильной фазе шока, накоплены ценные материалы о сосудистой недостаточности при больших кровопотерях.

Все перечисленные клинические наблюдения, сделанные, правда, с разной тщательностью, в зависимости от обстановки, оснащения и технических возможностей, опытными клиницистами и терапевтами, представляют ценный вклад в клинику внутренних болезней и служат основой для создания новой отрасли военной медицины — военно-полевой терапии.

Роль терапевтов на протяжении войны не ограничилась лечебной помощью больным и раненым. Терапевты Красной Армии приложили немало стараний к предотвращению заболеваемости. Они возглавили в армейских и войсковых соединениях профилактическую (диспансерную) работу в войсках, они же сигнализировали о возникших или могущих возникнуть заболеваниях; они выделяли «подозрительных» по туберкулезу лиц с упадком питания, амбулаторные формы гастрита и своевременно принятыми мерами устраняли их.

Этими предупредительными мероприятиями медицинская служба также сохранила здоровье и жизнь многим тысячам бойцов и командиров Красной Армии.



ПОЧЕМУ НЕ НАДО ЧАСТО ПЕРЕВЯЗЫВАТЬ РАНУ

С самых отдаленных времен было известно, что покой, предоставленный воспалительному очагу, а, следовательно, и ране, благоприятно влияет на ее течение. Однако редко покой учитывался и получался так, как нужно.

Принятое в хирургии это положение не имело теоретического освещения и проводилось на практике путем различных мероприятий чисто механического характера (постельное содержание, иммобилизующая повязка и пр.). В дальнейшем практикой наметился некоторый переход к пониманию покоя в более широком смысле. В 1937 г. мы в связи с предложением своей системы лечения ран впервые выдвинули положение о нервном факторе в раневом процессе. В свете этой концепции мы хотели бы ответить на вопрос, почему не надо часто перевязывать рану. Стремление врача создать покой раны есть один из моментов учета нервного фактора; необходимо устранять сильное раздражение раны, чем обуславливается устойчивое состояние тканей, при котором инфекция встречает неблагоприятные условия для своего развития.

Долгосрочная повязка

Наиболее благоприятные результаты при редких перевязках были получены с гипсовой повязкой. Их и связывали с предоставлением ране покоя, который ведет к уменьшению не только болей, но и отека, тромбоза сосудов, нарушения кровообращения и пр. Далее считали, что покой благоприятствует образованию лейкоцитарного и грануляционного вала, препятствующего проникновению инфекции вглубь. Часто при вынужденно долго не сменявшейся повязке наблюдалось прекрасное заживление раны, причем обильное гнойное отделяемое несколько не нарушало его. Факты эти были известны давно. Отмечал их и наш несравненный учитель Н. И. Пирогов, когда писал в своих «Началах общей полевой хирургии» (1865), что образование нарывов, если оно не сопровождается острогнойным отеком, не опасно: «Я несколько раз видел, как нарывы под повязкой образовывались, вскрывались и заживали».

В настоящее время при лечении ран имеется общая тенденция к редкой смене повязок. Огромный опыт последних лет полностью подтверждает правильность такого поведения. Поэтому там, где есть возможность проведения длительно не сменяемой повязки, она должна быть осуществлена. Два обстоятельства определяют противопоказания: бурная тяжелая инфекция (анаэробная и септическая простая) и невозможность провести длительное наблюдение за больным. Долгосрочная повязка требует прежде всего надежного обеспечения дренирования раны, почему все карманы, полости и затеки должны быть вскрыты и рана должна быть тщательно обработана перед наложением повязки.

Преимущества долгосрочных повязок при ранениях военного времени особенно очевидны:

- 1) они дают максимальный покой ране со всеми вытекающими отсюда благоприятными последствиями в отношении течения воспалительного процесса;
- 2) освобождают раненого от лишних мучительных перевязок;
- 3) дают экономию перевязочного материала, гипса, медикаментов;
- 4) экономят труд медицинского персонала;
- 5) сокращают сроки лечения;
- 6) дают огромные преимущества в этапном лечении, не требуя смены повязок при следовании раненого с одного этапа на другой.

Однако все эти преимущества могут быть получены только при соблюдении известных правил:

1. В войсковом районе должна производиться такая хирургическая обработка, чтобы установленное дренирование раны было не только надежным на возможно долгий срок, но и поддерживало борьбу с инфекцией и способствовало регенеративным процессам в ране. Тогда раненого можно не подвергать на пути следования частым перевязкам, которые сами по себе могут быть источниками вторичной инфекции раны.

2. До наложения окончательной долгосрочной гипсовой повязки врач должен отделить легкие формы ранения от тяжелых и подвергнуть последние тщательной первичной обработке с созданием такого дренажа раневой полости, который не только обеспечил бы покой для раны в смысле ее механического дренирования (выделение крови, лимфы, гноя), но и способствовал бы репаративным процессам в мягких тканях и дефектах костей, сохранял от разрушения вращающийся, здоровую кинокальциевую оболочку, препятствовал бы разложению раневого отделяемого в отсасывающих и восприимчивых слоях повязки, развитию личинок мух в летнее время, мацерации кожи и т. д.

Все эти условия легко выполнимы на базе разработанного нашей школой метода.

При лечении воспалительного процесса и при принципе покоя и связанная с ним длительно не сменяемая повязка, обоснованная теоретической концепцией нервизма, проходят яркой чертой через всю систему нашего метода. Результаты применения этой системы при различных заболеваниях мирного времени и при военных травмах являются доказательством правильности принципа учета нервного фактора в воспалительном и раневом процессе, поскольку он преломляется в покое, а отсюда и правильности положения о редкой смене повязок.

1. Вульгарные воспалительные процессы мягких тканей

При поверхностных или глубоко расположенных флегмонах после их вскрытия ножом необходимо удаление гноя и всех некротических тканей. Затем мы тщательно обрабатываем полость спиртом и выстилаем ее марлей, пропитанной нашей жидкой мазью. Если мы уверены, что в полости нет совершенно щелей, карманов и участков некротических тканей, то такую полость, залитую мазью, можно оставить без марлевого дренажа, со свободным дренированием в наружные слои повязки. Повязка сменяется через 5—6 дней, причем в первом случае марлевый дренаж будет пошевелен, но не удален. Если же в полости заведомо оставлены карманы, щели, неотделившаяся некротическая ткань, словом, если эта полость не могла быть чисто обработанной, то мы ее дренируем посредством масляно-бальзамического капиллярного дренажа с тем, чтобы при продолжающейся инфекции, в зависимости от характера и силы ее, менять повязку и дренаж посредством смены центральных выпускников. Это должно быть предусмотрено при обработке.

В этом случае часто сменяющиеся повязки и дренаж оказывают защитное действие только качеством такого дренажа, связанным с пропитыванием его эмульсией, момент же длительности отпадает и комплекс неизбежен. Такая полость будет отделять гной, но лечение ее будет вполне удовлетворительное.

2. Остеомиелит

То, что наша школа в течение многих лет проводила в качестве определенной системы во всей гнойной хирургии, выявилось в отдельном частном случае стихийно, чисто эмпирически в предложении Ора в отношении лечения остеомиелита. Что преследуют эти предложения? Вскрыть костный очаг, очистить полость механически, тщательно обработать ее надежным антисептиком, затампировать пропитанной жидким вазелином марлей и оставить все это под длительно не сменяемой повязкой. Гнойная полость, как и гнойные раны, только тогда будут безупречно заживать, если сильное раздражение нервов в них уже при обработке будет заменено слабым, которое необходимо для установления положительной трофической реакции в очаге. Гной и некротические ткани должны быть по возможности полностью убраны из него. Они не только поддерживают инфекцию, а значит, и сильное раздражение, но и препятствуют в очаге созданию правильных взаимоотношений между инфекцией и организмизмом, играя роль изоляционного пласта между нервами раны и дренажем.

Костная полость легче может быть подготовлена не только для дренирования, но и для пломбирования, т. е. легче может быть обеззаражена. И если бы мы всегда имели возможность обработать всякую рану так, как мы это делаем с костной полостью, подготавливая ее к пломбированию, то мы вылечивали бы всех

наших больных посредством длительной повязки и активного капиллярного дренажа в одну смену. Лечение ран и воспалительных процессов шло только по первой нашей схеме. Она в сущности приближает нас к тому, что мы имеем при первичной обработке раны с эксцизией ее. Там мы стремимся целиком убрать инфицированные ткани ножом, здесь мы это делаем посредством механической и химической обработки полости с последующим длительным капиллярным дренажем и долгосрочной повязкой. Оппортунистический случай не смог обобщить, мы же подходим к нему, наоборот, из нашей системы общего метода, с определенных принципиальных позиций, как к частному случаю. Кстати, в данном случае наш способ масляно-бальзамического марлевого дренажа костной секвестральной полости совершенно лишен недостатков способа Орра. Он не связан с появлением на поздних сроках дурного запаха повязки, головных болей, с потерей аппетита у больных и пр., что зависит от разложения вазелинового масла.

Кроме того, в ряде случаев, если полость удалось обработать совершенно надежно, мы ее зашиваем наглухо по третьей нашей схеме.

3. Заболевания грудной клетки и ее содержимого

Гнойный плеврит в ряде случаев требует соответствующего хирургического вмешательства и дренирования раны или полости. Здесь надо решать вопрос о частоте перевязок. Вопрос этот будет решаться в зависимости от характера случая. Если полная эмпиема плевры при соответствующих показаниях подлежит дренированию нашим масляно-бальзамическим дренажем-тампоном, то частота перевязок при ней и смена тампонов будут зависеть от особенности случая и его течения. Там, где полость оказалась после ее вскрытия простой, где она не связана с порфорацией легкого, где в нее не открывается раневой канал, тем более с неудаленным посторонним телом, где в нее не открывается ряд других полостей, карманов и пр., — там она требует только смены наружных слоев повязки на следующий день, а дренаж останется в ней на срок в 12—20 дней. Этот случай будет отвечать нашей первой схеме, которая характеризуется отсутствием гнойных выделений из раневой полости.

Если же в полости остались щели, затечные карманы с неудаленным гноем и задержавшейся инфекцией и полость связана с инфицированными ребрами и инфицированным раневым каналом, как это бывает в огромном большинстве случаев при открытых огнестрельных повреждениях военного времени, то такая полость требует более частых перевязок, так как она будет отделять гной. Она будет перевязываться с постоянной сменой центрального марлевого дренажа-тампона, посредством которого ей будет обеспечено необходимое в этих условиях дренирование. Здесь оно должно происходить при сохраненных преимуществах широкой тампонады, связанных с препятствием присасывания в плевру воздуха через раневое отверстие. Обстоятельство это имеет огромное значение, ибо оно предупреждает тяжелое течение в связи с неизбежным, флотированием средостения и раздражением плевры.

4. Огнестрельные переломы

В обычном понимании метод долго несменяемых гипсовых повязок при открытых (огнестрельных) переломах, обеспечивая ране покой, приводит к гибели патогенных микробов. В ране остаются только сапрофиты. Гипс, обладая большой вкалывательной способностью, не задерживает дренирования там, где для него нет других препятствий. Вот почему в ряде случаев при этих условиях получаются хорошие результаты. Однако применить этот метод в течение первой фазы раневого процесса, пока еще не определен характер и степень инфекции, нужно с большой осторожностью. Из суммы наблюдавшихся фактов теперь можно вывести одно заключение, что там, где по характеру и всем условиям течения обработанной раны долгосрочная гипсовая повязка обеспечена надежным дренированием, где инфекция не задерживается, — там случай протекает вполне удовлетворительно, несмотря на ряд сопутствующих неприятных явлений (дурной запах, мацерация больших участков кожи, зуд и пр.). Там же, где этого нет, возможны тяжелые осложнения.

ния. Таким образом, долгосрочная гипсовая повязка при огнестрельных повреждениях костей должна применяться со строгой оценкой всех особенностей случая. При заведомом существовании тяжелой инфекции, в особенности анаэробной, а также при невозможности длительного наблюдения за больным она противопоказана.

Этот метод в нашей системе лечения ран преломляется также весьма своеобразно. Следует обратить внимание прежде всего на возможность вести в некоторых случаях борьбу за долгосрочную повязку, даже несмотря на наступающие осложнения. Мы имеем в виду отек конечности, который может служить поводом для смены гипсовой повязки. Отек развивается как осложнение воспалительного характера при повреждении. Ведя в дальнейшем к грубым расстройствам кровообращения, он, конечно, требует прежде всего вскрытия гипса. Эта мера может в любой момент неожиданно встать перед нами и расстроить план лечения. Хирург выходил из положения, вскрывая гипсовую повязку, нарушая покой раны, расстраивая иммобилизацию костных отломков и пр. В нашей системе лечения ран борьба с отеком, наступившим под гипсовой повязкой, ведется по совершенно иной линии. Установив определенную закономерность влияния новокаинизации на развитие воспалительного отека при начале гнойной инфекции, пока последняя не вышла еще из стадии серозного пропитывания тканей и не подошла к абсцедированию, мы устраняем такой отек, применяя футлярный блок конечности через один укол. Для этого в самых верхних отделах конечности мы вводим больному 0,25% раствор новокаина в количестве 150—250 см³ посредством длинной иглы десятиграммового шприца. Эта инъекция должна быть обязательно подопоневротической. Лучше, если длинная игла доведена до кости и раствор оставлен здесь. Игла должна проникать в ткани обязательно через предварительно наложенный в месте предполагаемого укола кожный желвак, сделанный тонкой иглой малого шприца. Если у больного повязка с тазовым поясом и гипс покрывает всю конечность, допустимо проделать в нем небольшое отверстие и, обработав кожу iodной настойкой, сделать через него дермальный желвачок и произвести, как полагается, футлярную блокаду. Все это, разумеется, относится к отеку воспалительного характера, когда не предполагается возможности развития особо злокачественной инфекции. Там же, где по клинической картине нужно заподозрить анаэробную инфекцию, гипсовая повязка должна быть вскрыта для обработки наступившего осложнения по общим правилам.

5. Гнойные поражения суставов

При травматических поражениях суставов и их осложнениях редкая повязка является идеалом лечения. Значение долгосрочной повязки в этих случаях должно быть наивозможно полно показано и понято.

Суздав при своем заболевании причитая невероятные страдания. Раздражения, идущие из различных мест этой сложной системы, ведут к появлению резких болей и различных расстройств нервной системы — плохой сон, потеря аппетита, поты и пр. И врач, и больной одинаково заинтересованы здесь в редкой смене повязок.

При повреждениях суставов долгосрочная повязка культивировалась на протяжении столетий. Пирогов говорил: «Не испытав, нельзя поверить, как благотворительно действует совершенная неподвижность поврежденной части на травматическую боль». Это и понятно. При ранениях суставов защитная контрактура как естественная реакция на травму не может проявить себя в полной мере, вследствие часто имеющихся сопутствующих повреждений нервно-мышечного аппарата. Здесь врачебная иммобилизация особенно эффективна, полезна и необходима. В разрезе установок нашей школы это опять-таки особенно ясно.

С трибуны XXIV съезда хирургов в 1937 г. мы заявляли: «Вековое требование покоя воспалительного очага понятно нам. Очаг, а следовательно, и нервная система в нем должны быть избавлены от сильных раздражений в широком смысле этого слова. Вот почему в системе нашего лечения воспалительных процессов мы настойчиво рекомендуем при открытых ранах, кроме обычной иммобилизации очага, применение масляно-бальзамического капиллярного дренажа и повязки. В комбинации с другими средствами слабого раздражения, как и сами по себе, они могут изменить состояние нервной системы в

очаге, а значит, и в целом организме. Если ими удается защитить нервы от сильных раздражений, среди которых инфекция занимает одно из первых мест, эти нервы передадут в следующие отделы нервной системы лишь то слабое раздражение, которое они теперь выдерживают. В результате процесс смягчится, а иногда и совсем не разовьется там, где он мог бы лишь должен был появиться».

Каждый практический хирург знает, как расстраивается нервная система при ранениях крупных суставов. В этот момент хорошая иммобилизация сустава — долгосрочная гипсовая повязка, снижая раздражение нервов, дает положительный эффект.

Выше мы указывали, как следует понимать механизм действия долгосрочной гипсовой повязки в связи с ее влиянием на кожный рецепторный аппарат нервной системы, несущий свое слабое раздражение в остальные отделы ее и результирующий тем самым положительный терапевтический эффект. Но, осознав вред от частого беспокойства раны и пользу иммобилизации гипсом, проводя ее в своей практике со всей настойчивостью даже при таких, например, заболеваниях, как самопроизвольная гангрена, мы считаем, что при наступивших гнойных осложнениях поврежденных суставов один «покой» под гипсом далеко не достаточен для решения вопроса лечения их. Здесь мы рекомендуем вторичную обработку сустава с установлением надежного активного его дренажа. Опыт Отечественной войны убедил нас в необходимости этого.

Если необходимо дренировать сустав, то, естественно, встает вопрос о сроке и способе удаления дренажей. Капиллярный масляно-бальзамический дренаж нужно удалить через 8—10 дней через окно, сделанное над областью сустава. Мы предусматриваем безболезненное извлечение марлевых дренажей и за полчаса до этого делаем больному футлярную блокаду на пораженной конечности. Эта мера, помимо болеутоляющего эффекта, имеет и терапевтическое значение в отношении течения воспалительного процесса. Она же дает возможность повторно ввести марлевые выпускники, к чему изредка приходится прибегать. Обычно по извлечении первых марлево-капиллярных дренажей мы вводим через металлический катетер в раневую полость сустава нашу жидкую мазь без марли, ибо раневая полость чаще всего свободна от гноя. Но в редких случаях, при тех или иных дефектах обработки, если имеется гнойное отделяемое, мы через тот же катетер промываем рану эфиром и спиртом и снова вставляем масляно-бальзамические дренажи. Окно в гипсовой повязке наглухо закрывается гипсом. Никогда не отмечалось, чтобы наши дренажи претствовали поступлению раневого отделяемого в воспринимающие слои повязки. Сама гипсовая повязка не расслабляется, если она правильно наложена, и прекрасно впитывает раневое отделяемое. В последующем перевязки раны сустава через окно производятся через 10—12 дней, если по общему клиническому течению не имеется показаний к более ранней смене повязки.

В самое последнее время мы разработали на основе схемы 3 бестампонный способ дренирования инфицированного сустава после оперативной обработки его по нашему способу. Сустав со всеми сопутствующими гнойными затеками широко вскрывают. Все пораженные ткани удаляют (скальпель, ножницы, острая ложка). Образовавшуюся «простую» полость и затечные карманы и ходы дополнительно тщательно обрабатывают спиртом и йодной настойкой. Затем полость зашивают и через отдельное отверстие (иногда же между швами) в нее вводят женский металлический катетер с резинкой. Через него полость наполняют из шприца нашей жидкой мазью с таким расчетом, чтобы последняя надежно расправила ее и наполнила все ее карманы. В это время нужно проследить за тем, чтобы мазь едва просачивалась где-либо между швами. Накладывают глухой гипс. Через 10—12 дней рану контролируют через окно в гипсе.

6. Вторичное кровотечение

Появление вторичного кровотечения всегда служит сигналом к смене повязки для осмотра раны и принятия соответствующих мер. Вопрос о частоте перевязок встанет после того или иного вмешательства, предпринятого по поводу этого осложнения. В общем здесь мы различаем два случая.

В первом случае мы имеем типичное вторичное аррозийное кровотечение струйного характера при таком состоянии раны, что после соответствующего расширения и туалета ее удается найти и лигировать кровоточащий сосуд. Вслед за этим производится марлевая тампонада полости, а вместе с тем встают все вопросы, связанные с отрицательными сторонами марлевого тампона-дренажа. При дренировании такой полости, всегда не до конца обеззараженной, при соприкосновении марлевого тампона с лигатурой сосуда, при установившемся неблагоприятном трофическом состоянии тканей, в результате чего обычно и происходит вторичное кровотечение, все преимущества будут на стороне масляно-балъзамического дренажа. После обеззараживания полости он продолжит борьбу с остатками инфекции в ране, защитит лигатуру от выгнивания при соприкосновении с ней и, подняв мезенхимальную реакцию во всей ране, будет содействовать организации, а не распаду тромба. Такая рана и при наличии марлевого дренажа остается без смены повязки 6—9 дней и дольше. Еще более обоснована долгосрочная повязка после остановки вторичного кровотечения в тех случаях, когда после тщательной обработки раны и наложения лигатуры мы оставляем рану на самопроизвольном дренировании, залив ее предварительно жидкой балъзамической мазью. Здесь заживление идет еще более спокойно. Снова перед нами длительно не сменяемая повязка.

Второй случай относится к вторичному кровотечению, которое по той или иной причине не могло быть остановлено наложением лигатуры на сосуд. Тогда оно останавливается тампонадой. Последняя опять-таки в обычных условиях быстро вызовет реакцию с гнойными выделениями, ибо простой тампон даже в неинфицированных тканях начинает гнить через 2—3 дня. Рана требует в таких случаях соответствующего ухода, следовательно, частой смены повязок, иначе инфекция приведет к плохим результатам. В нашей системе остановки вторичного кровотечения тампонадой последняя производится по типу так называемой «слоистой» тампонады. Она состоит в следующем. Несколько первых тампонов небольших размеров, пропитанных спиртом, лежат в самых глубоких отделах раны, непосредственно у места кровотечения. На них кладут балъзамические тампоны — до выполнения всей полости раны. Первую перевязку производят на 5—6-й день. Затем следуют редкие перевязки, через 3—4 дня, для повторной заливки мазью балъзамических тампонов и пропитывания ею же глубоких спиртовых. Первый глубокий тампон не трогают до самопроизвольного отхождения его. Здесь система долгосрочной несменяемой повязки проведена быть не может, но сохраняются все основания для редких перевязок.

7. Газовая инфекция

Анаэробная инфекция, являясь особо злокачественной, характеризуется в то же время и особо тяжелыми тканевыми изменениями. Больные с газовой инфекцией нуждаются в проведении покоя не меньше, чем при осложнении ран воспалительного характера. Однако осуществлять при ней покой в длительно не сменяемой повязке не приходится. После произведенных разрезов большое количество некротических тканей задерживает инфекцию; анаэробная природа микробов вызывает необходимость доставлять к ране возможно больше кислорода; динамика отека, который является здесь кардинальным симптомом заболевания, обязывает производить постоянный контроль мест поражения и т. д. Все это приводит к необходимости более частых перевязок ран.

В нашей системе лечение газовой инфекции, помимо применения общепринятых средств, связано с обязательной новокаинизацией (поверхностная или футлярная новокаиновая блокада и разрезы под инфльтрационной анестезией). Новокаинизация и балъзамический марлевый дренаж суть два фактора слабого раздражения нервной системы, способные вызвать изменения реакции сосудов в месте поражения тканей болезненным процессом и по соседству. Гиперемия, которая создается здесь под влиянием наших мер, должна играть во внутритканевом контакте анаэробов с кислородом немалую роль. Тяжелые трофические расстройства тканей приходят под нашим воздействием к ограничению и разрешению так же, как это происходит при других воспалительных заболеваниях (карбункул, флегмона обычная и пр.). Частые перевязки мы соединяем здесь с заботливыми промываниями ран перекисью водорода или хлорамином с последующим масляно-балъзамическим дренажем. В этих условиях последний сохраняет свойство щадящего момента при том нарушении покоя раны, которое неизбежно происходит здесь при частой смене повязок.

Совершенно исключительное значение имеет долгосрочно несменяемая повязка при лечении ожогов. Мы лечим ожог полукрытым методом, и, несмотря на это, идея редких перевязок выступает здесь как нельзя более ярко. Обработав соответствующим образом поверхность ожога в зависимости от степени его, мы получаем чистую, освеженную поверхность. Накладываем на нее обильно пропитанную масляно-бальзамической эмульсией салфетку, состоящую из 2—3 слоев марли. Слои салфетки должны войти в тесное соприкосновение со всей поверхностью ожога, выполняя имеющиеся углубления, складки, суставные поверхности и стёрженные места. В случае повреждений пальцев каждый палец окутывают отдельно. После обработки больного укладывают в постель с каркасом, поверх каркаса кладут стерильную простыню и 1—2 пел. крыла, в холодный период года — теплые одеяла; в некоторых случаях для обогривания включают 2—3 лампочки. Перьсначала наложенные слои салфеток не снимают до полного заживления ожога и самостоятельного их отхождения; по мере высыхания на них приливают нашу жидкую мазь. Начиная через 5—7 дней отставать с краев на границе со здоровой кожей слои салфеток срезают; стекающий на здоровые участки кожи гной (если таковой имеется) убирают. Туалет здоровой кожи осуществляют протиранием спиртом или другим дезинфицирующим раствором.

Через 10—12 дней наблюдается значительная краевая эпителизация. Через 2—3 недели при ожогах II и III степени происходит резкое уменьшение размеров ожоговой поверхности за счет краевой, а также участковой эпителизации. Последние остатки больших (в соответствии с величиной ожога) салфеток самопроизвольно отходят через 1—1½ месяца. Таким образом, первоначально наложенные салфетки не снимаются до окончательного заживления.

При этом способе после полного отхождения салфеток поверхность ожога имеет вид совершенно ровной, нежной эпителизированной ткани без грубых рубцов, ограничивающих движения и так часто ведущих к уродствам.

Из сопоставления этого результата с тем, что мы наблюдаем в ближайшие часы после обработки, когда у сильно страдавшего больного быстро исчезают боли, он успокаивается и засыпает, ясно, что все это объясняется учетом нервного фактора, являющимся лозунгом нашей системы. Исчезновение болей есть прямое свидетельство участия нервной системы в ответных реакциях и механизмах на производимую обработку.

Действуя на нервы защитным масляно-бальзамическим компрессом, снижая сильное раздражение их и переводя его в слабое, мы устраняем этим отрицательную трофическую реакцию в тканях, которая неизбежно поддерживалась бы здесь наличием сильного раздражения в месте повреждения. Поэтому не будет иметь места те грубые дистрофические расстройства (глубокие некротические изменения), которые и обуславливают в дальнейшем образование грубых рубцов.

Ничего этого не произойдет, если мы, положив больному ту же масляно-бальзамическую повязку, будем ее часто менять. Совершенно правильно в последнее время ряд авторов высказывается против применения всяких жиров: принятая система пользования ими ничего хорошего не дала. Постоянные смены повязок здесь как нельзя нагляднее показывают нам свои отрицательные стороны, нанося ожоговой поверхности неминуемую травму, вызывая боль и создавая благоприятные условия для инфекции. Наш способ, связанный с сохранением одного защитного компресса в течение всего периода лечения, лишен всех этих недостатков и по своим результатам является наиболее благоприятным из всех известных нам способов.

9. Отморожения

Наша система предусматривает лечение отморожений под повязкой.

Мы считаем отморожение типичным профоневрозом, близким по своему тогенезу к самопроизвольной гангрене. При отморожении, так же как и при самопроизвольной гангрене, мы имеем дело с сосудистыми изменениями и

более глубокими расстройствами тканевого обмена. Первые выражаются в спазме, атонии с последующим тромбозом и разрастанием интимы, ближе напоминающими картину самопроизвольной гангрены.

Вот почему лечение отморожений мы ведем по методу, выработанному нами для самопроизвольной гангрены. В основе лежат те же средства воздействия на нервную систему, которыми мы пользуемся и в других случаях, когда имеем в виду изменить состояние сосудистого тонуса или повлиять на течение воспалительного процесса. Покой, новокаинизация и масляно-бальзамическая повязка, наложенная под самым легким гипсом не только на всю пострадавшую конечность, но иногда и на здоровую, — вот та почва, на которой мы строим метод лечения как самопроизвольной гангрены, так и отморожений, варьируя детали его в разных стадиях течения заболевания.

Указанная основная схема несколько не стесняет остальных мер обычного симптоматического лечения во всяком индивидуальном случае. Новокаиновая блокада и масляно-бальзамическая повязка — два фактора слабого раздражения нервной системы, прилагаемые в разных полях ее рецепции. Первый фактор непосредственно воздействует на элементы главным образом вегетативной нервной системы в тканях, а второй — через богатый рецепторный аппарат кожи. Оба имеют целью вызвать сосудистую реакцию прежде всего. Бальзамическая мазь, являясь слабым раздражителем нервной системы, в то же время обладает высоким антисептическим свойством. Это обстоятельство должно быть учтено в момент появления открытых тканевых изменений (инфекция). Указанная терапия применяется лишь при обширных отморожениях второй и третьей степени. В более легких случаях мы ограничиваемся только широкой масляно-бальзамической повязкой, длительно не сменяемой (до 2 недель), без наложения гипсовых бинтов.

10. Хронические язвы голени и длительно не заживающие огнестрельные раны

Как широко и многообразно должно пониматься и учитываться значение покоя как нервного фактора, показывает следующий пример. Общеизвестно, что постельное содержание и иммобилизующая повязка суть самые главные средства осуществления покоя. Но при хронической язве голени, заболевании как будто местного характера, мы не имеем возможности укладывать больного в постель. Мы кладем ему на язву широкий, густо смазанный 2% ихтиоловой мазью компресс и увязываем большую конечность от голеностопного сустава до середины бедра бинтом, также густо проложенным той же мазью. Поверх промасленного бинта кладем непромокаемую прослойку (клеенка, вошанка) и дальше конечность бинтуем мягким бинтом с таким расчетом, чтобы большой палец в этой повязке свободно ходил, не снимая ее в течение месяца. Эта простая повязка часто дает положительные результаты у больных, испытавших на себе бесконечное количество самых разнообразных лечебных процедур. Ее значение и при отсутствии иммобилизации, т. е. покоя, понимаемого в обычном смысле, определяется тем влиянием, какое она оказывает на нервную систему через нервно-рецепторный аппарат неповрежденной кожи и самой язвы. Здесь мы сталкиваемся с примером, показывающим благоприятное действие выключения моментов сильного раздражения тканей язвы при частой смене повязки, с одной стороны, и влияние импульсов слабого раздражения, идущих с неповрежденной кожи и действующих на поднятие жизнедеятельности тканей в месте патологического очага, — с другой. Эти два момента, сочетаясь в своем полезном влиянии, в каких-то случаях, как видно, могут компенсировать в известной степени и нарушения иммобилизации.

Тех благоприятных, иногда поразительных результатов, какие мы видим при хронических атонических язвах голени, мы никогда не получаем, если указанная система не осуществлена должным образом полностью. Мы можем положить на язву тот же компресс с ихтиоловой или другой какой-либо мазью, но язва не обнаружит заживления, если мы будем менять этот компресс через 2—3 дня, как это обычно делается. Или мы можем покрыть язву ограниченным компрессом с той же мазью, будем его держать, не сменяя, тот же срок, но, не усилив своего вмешательства со стороны неповрежденных отделов кожи конечности, также не получим тех результатов, о которых мы говорим.

Значит, наибольшей терапевтической действенностью обладает система, опирающаяся на «покой», который в существе своем, однако, не является пассивным процессом, а включает в себя моменты слабого раздражения, как важного терапевтического фактора. Разумеется, этим частным, примером мы ни в какой степени не намерены поколебать вообще значение покоя при постельном содержании больного, иммобилизующей повязке и пр.

З а к л ю ч е н и е

Итак, учет нервного фактора и гипотеза слабого раздражения как лечебного воздействия на рану больше чем что бы то ни было позволяют нам понять и проводить длительную несменяемую повязку в системе лечения ран. Осуществление этой системы на практике в значительной мере освобождает нас от необходимости менять повязку применительно к отдельным фазам раневого процесса. Считая, что сама фазность есть результат нервной регуляции, мы с момента наступления инфекции в первой фазе должны так обработать рану, чтобы, снизив сильное раздражение ее и заменив его слабым, вести в дальнейшем регенеративный процесс вполне удовлетворительно. Исключительно редко, уже на поздних сроках, может оказаться, что заживление раны во второй фазе в этих условиях затягивается или идет не совсем удовлетворительно (избыточные грануляции, склонность их к кровоточивости и пр.), тогда рана потребует на 2—3 дня смены раздражения, и мы положим на нее вместо нашего масляно-антисептического дренажа спиртовой, ризаноловый, солевой или пропитанный другой какой-либо жидкостью, используя его в качестве кратковременного сменного раздражителя. В дальнейшем снова перейдем к нашему дренажу и длительно не сменяемой повязке.

Таким образом, весь вопрос о редких перевязках ран нужно рассматривать в свете «оценки роли и значения нервного фактора в раневом процессе». Только тогда мы будем иметь возможность правильно судить здесь о каждом шаге своих действий.



Гв. подп. мед. службы М. К. КАРПОВ

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСТУПАТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ПРИБАЛТИКЕ

Опыт показал, что решающее значение для создания эпидемиологического благополучия войск при всех обстоятельствах имеют:

- а) своевременная и непрерывная эпидемиологическая разведка, проводимая всеми звеньями санитарной службы на территории противника, в войсковом, армейском и фронтовом районах;
- б) ответственность санитарных начальников за эпидемиологическое благополучие гражданского населения в районе расположения частей и воинских учреждений, за проведение полного комплекса противоэпидемических мероприятий среди населения;
- в) организация особо тщательного санитарного контроля за пополнениями, резервными и запасными частями, сборно-пересыльными пунктами, лагерями для военнопленных, этапами эвакуации раненых, за армейскими и фронтовыми дорожками и особенно за возвращающимися из плена гражданским населением;
- г) расстановка противоэпидемических средств и сил и умение маневрировать этими средствами.

Перечисленные принципы были положены в основу противоэпидемической деятельности санитарной службы как в период подготовки, так и в момент самих наступательных операций в Прибалтике.

Эпидемиологическая обстановка, сложившаяся в Прибалтике к началу наступления (июль), хотя была и более благоприятной, чем в предыдущую операцию в Ленинградской и Калининской областях, тем не менее внушала серьез-

ные опасения. Было известно, что среди населения Латвии и Эстонии значительное распространение имеют острые желудочно-кишечные заболевания — дизентерия, паратифы, брюшной тиф и детские инфекции. В некоторых населенных пунктах, особенно в тех из них, в которых были размещены концлагери, регистрировался сыпной тиф.

При недостаточной организации профилактической работы эти заболевания, даже если они были единичными, могли получить широкое распространение и быть занесенными в войска. Особенную тревогу внушали многочисленные лагеря для нашего населения, угнанного немцами во время оккупации Ленинградской и Калининской областей. Предполагалось, что по мере продвижения наших частей вперед и приближения их к морю количество такого населения непрерывно будет возрастать, так как немецкие войска при отступлении эвакуировали указанные лагеря к себе в тыл.

Санитарное состояние войск фронта, благодаря предварительно проделанной большой оздоровительной работе, было удовлетворительным. Инфекционные заболевания регистрировались в единичных случаях. Все армейские и фронтовые противозидемические учреждения были полностью укомплектованы положенными по их штатам личным составом, специальным имуществом и транспортными средствами. В качестве резерва фронта, помимо обычных штатных учреждений, имелись СЭО, ОДР и ППО.

Известно, что сохранение эпидемиологического благополучия войск при наступательных операциях является наиболее трудной и сложной задачей санитарной службы. Опыт наступательных боев в Белоруссии и на Украине весной 1943 и 1944 гг. показал, что недооценка этого вопроса, недостаточная гибкость и оперативность санитарной службы по выявлению и ликвидации очагов инфекции может привести к эпидемиологическим осложнениям. Непрерывное нахождение войск в боевом марше по мало обследованной или вовсе не обследованной в эпидемиологическом отношении местности, большое распространение инфекционных заболеваний на территории противника среди гражданского населения и вынужденный контакт войск с ним, большая миграция населения, экономическая разруха, произведенная противником, слабость работы местных органов здравоохранения, трудность проведения санитарно-профилактических мероприятий в этих условиях и целый ряд других осложняющих моментов создают весьма благоприятные условия для распространения инфекции. Чтобы успешно преодолеть эту опасность, необходимы тщательно продуманная расстановка всех противозидемических сил и средств, высокая оперативность санитарной службы и оказание максимальной помощи противозидемическим учреждениям со стороны всех родственных служб.

Учитывая все изложенное, мы приняли некоторую схему противозидемического обслуживания войск и гражданского населения, которая и действовала на протяжении всей операции по освобождению Прибалтики. Согласно этой схемы (см.), противозидемическое обеспечение строилось следующим образом:

а) Войсковой район

В каждом стрелковом полку и в отдельной части, имеющих несколько человек медицинского персонала для проведения санитарно-эпидемиологической работы, выделялась специальная эпидгруппа в составе врача или хорошо подготовленного фельдшера, санитарного инструктора и санитара. На обязанности этих групп лежало проведение санитарно-эпидемиологической разведки вновь занятой территории и ближайшего тыла противника, выявление инфекционных больных, проведение дезинфекционных мероприятий в части и среди населения, осуществление санитарного контроля за питанием и водоснабжением части, контроль и организация текущих профилактических мероприятий в части. Основная ответственность за санитарно-профилактическое состояние части и представление ежедневных донесений начальнику по этому вопросу оставались за старшим врачом части.

Обслуживание полковых тылов и всех частей, расположенных до МСБ, возлагалось на санитарный взвод МСБ, который усиливался врачом (за счет артполка), фельдшером или грамотным санитарным инструктором и несколькими санитарами. В большинстве санитарных взводов имелись лаборатории типа ДСН, гидропульты для дезинфекции, набор дезсредств и дезкамера типа С-1,

которая использовалась обычно для обработки потока раненых. Наряду с обслуживанием частей из гражданского населения войскового тыла санитарный взвод МСБ руководил деятельностью и оказывал помощь в работе полковым эпидгруппам.

Для координации работы санитарных взводов 2—3 МСБ и для оказания им квалифицированной помощи на уровень центрального МСБ выдвигалась подвижная лаборатория СЭО, на которую одновременно возлагалась задача обслуживания частей ближайшего армейского тыла и проведение более глубокой санитарно-эпидемиологической разведки в этом районе. На направлениях главного удара подвижные лаборатории усиливались врачом-эпидемиологом и 3—5 обученными санитарями-разведчиками. Кроме того, в распоряжение начальника подвижной лаборатории придавалось отделение ОДР в составе 3 специальных машин с запасом дезинфекционных средств. В некоторых случаях ему же придавалась одна лошадь для перевозки инфекционных больных и для разъездов персонала лаборатории по обслуживаемой территории.

Таким образом, начальник лаборатории имел в своем распоряжении все необходимые средства и силы для проведения квалифицированных первичных противоэпидемических мероприятий. Начальник подвижной лаборатории ежедневно поддерживал живую связь с начальниками соседних дивизий и с начсанкором, благодаря чему он всегда был хорошо осведомлен об эпидемиологической обстановке среди обслуживаемых им войск и гражданского населения. Эти данные им регулярно направлялись в виде специальных сводок начальнику СЭО, а последним в Санитарный отдел армии.

б) Армейский район

Противоэпидемическое обслуживание армейского тыла — резервные и запасные части, лагеря военнопленных, склады, армейские дороги, этапы эвакуации раненых, гражданское население и т. п. — возлагалось на базовую лабораторию, усиленную 2—3 врачами, заранее подготовленными при СЭО, и 5—8 санитарями и санинструкторами, прикомандированными из запасного полка или из отдельных частей. У нас сложилось определенное мнение, что для успешного обслуживания многочисленных тыловых частей и обычно большого количества населенных пунктов такое прикомандирование на время наступательных операций для СЭО совершенно необходимо, так как в противном случае он не в силах справиться с поставленной перед ним задачей. Из прикомандированных целесообразно создавать два-три самостоятельных эпидотряда, которым и поручать для обслуживания отдельные объекты. Мы производили такое прикомандирование врачей за счет армейских СЭГ, ГЛР или врачей, находящихся в резерве.

К наиболее ответственным объектам (АЗСП, ГОПЭП, лагеря для военнопленных) на время операции придавалась для помощи техника ОДР в составе нескольких машин.

Противоэпидемическое обслуживание грунтовых дорог — очистка и хлорирование колодцев, санитарное наблюдение за питательными пунктами, наблюдение за проходящими воинскими и гражданскими контингентами и т. п. — осуществлялось санитарной службой ОДЭБ под руководством СЭО. В отдельных случаях, особенно при наличии больших потоков эвакуируемого гражданского населения, в местах наибольшего движения устанавливались штабные или нештатные СКП (на грунте) с приданной им техникой ОДР, а при большой нагрузке и с дополнительным медицинским персоналом за счет ближайшего госпиталя. Усиление СКП упомянутыми средствами и персоналом превращает его в мощный санитарный фильтр, оказывающий большую помощь делу поддержания высокого санитарного состояния фронта или армии. Без этих средств взятый сам по себе СКП способен выполнять только контрольные функции.

Госпитализация инфекционных больных, в том числе и гражданских, производилась в один из ИГ, который обычно дислоцировался где-либо между первой и второй линией госпиталей. Второй ИГ в это время находился в свернутом состоянии и был готов к движению вперед вместе с группой резервных ХППГ. Транспортировка больных осуществлялась транспортом МСБ или по их заявке специальной машиной, приданной для этих целей ГОПЭП. В случае передислокации ИГ имеющиеся в нем больные передавались в инфекционное отделение, которое развертывалось при армейском СЭГ, ГЛР или при каком-

либо другом тыловом госпитале. В последующем эти больные передавались фронтovým лечебным учреждениям, прибывающим на место армейских.

Противоэпидемическое наблюдение за гражданским населением в глубоком армейском тылу возлагалось на расположенные там лечебные учреждения, которым обычно указывался определенный район действия. Само собою разумеется, что при обнаружении очагов инфекции, не могущих быть ликвидированными армейскими средствами, или при невозможности продолжительной задержки этих средств в очаге, в такие населенные пункты выбрасывался фронтóвой резерв по представлению начсанарма.

Снабжение воинских частей чистым бельем производилось через обменные пункты, устанавливаемые в районе расположения МСБ на центральной дороге. Обменные пункты неотступно следовали за частями и всегда обязаны были иметь в наличии от 5 до 15 тысяч пар чистого белья. Прачечные отряды были разделены на две группы и работали поочередно. Обычно одна из групп ППО (два-три отряда) располагаясь в 20—30 км от обменного пункта, производила стирку и пропитывание белья, а другая в это время, вместе с резервными лечебными учреждениями, находилась в движении вперед. Доставка чистого белья в обменный пункт и пряного в ППО производилась транспортом ППС. Для передислокации обменного пункта Управлением тыла или начсанармом выделялся автотранспорт. То же самое делалось и при передислокации на большие расстояния ППО.

Такая организация работы ППО позволила совершенно бесперебойно и своевременно полностью удовлетворять потребность частей в чистом белье на протяжении всей наступательной операции.

Мытье людей производилось при каждом удобном случае, для чего широко использовались местные крестьянские бани, имевшиеся почти у каждого домохозяина.

в) Фронтóвой район

Фронтóвая территория для более четкого противоэпидемического обеспечения делилась на две части. Ближайший фронтóвой тыл до места дислокации Санитарного управления со всеми расположенными на этой территории частями и учреждениями обслуживался резервным СЭО, другая часть территории фронта — от ВСУ до госпитальной базы ФЭП и МЭП — обеспечивалась СЭЛ и расположенными на этой территории лечебными учреждениями.

Выделение для СЭЛ самостоятельного района наблюдения ни в какой мере не снимало с лаборатории ответственности за ее работу по руководству армейскими противоэпидемическими учреждениями и по проверке санитарно-эпидемиологического состояния различных частей и соединений, научно-исследовательской работы и т. п.

На границе армейской и фронтóвой территории или в ближайшем фронтóвом тылу на грунте устанавливался СКП с приданными ему средствами усиления по типу армейских СКП. Эти учреждения использовались главным образом для обработки прибывающих на фронт новых частей и пополнений, идущих в армию, минуя фронтóвой запасный полк. О прибытии таких пополнений Санитарное управление заблаговременно информировалось штабом фронта.

С подобными целями несколько СКП было расставлено и по узловым ж.-д. станциям во фронтóвом тылу, где им были приданы банно-дезинфекционные поезда.

По мере изменения маршрутов перевозок и конечных выгрузочных станций санитарно-контрольные пункты вместе с приданными им средствами усиления за время операции несколько раз меняли свое место дислокации.

Такая расстановка санитарных учреждений, выделение ответственных за противоэпидемическую работу лиц в каждой части и учреждении, организованый контроль за санитарным состоянием гражданского населения, система взаимной регулярной информации между всеми этапами противоэпидемической службы позволяла Санитарному управлению фронта на каждый данный момент иметь четкое представление об эпидемиологической обстановке на любом участке фронтóвой территории и в соответствии с этим эффективно маневрировать своими противоэпидемическими резервами.

Бои за Прибалтику скончались в половине октября взятием Риги. Потери войск фронта от инфекционных заболеваний за все время наступления исчис-

лялись ничтожными цифрами, причем цифры эти, несмотря на нарастание темпа наступления, из месяца в месяц непрерывно падали. Так, например, если число заболеваний желудочно-кишечными инфекциями в июле принять за единицу, то (при неизменной численности войск) в августе их насчитывалось 0,8, в сентябре 0,5. Заболевания другими инфекциями исчислялись буквально единицами.

Благодаря изложенной организации противоэпидемического обеспечения крупные очаги сыпного тифа в лагерях для населения в районах Пскова, Острова, Выру, Валга, брюшного тифа среди жителей г. Цесис, многочисленные очаги дизентерии, паратифов, дифтерии и других инфекций были своевременно выявлены и потушены без всяких последствий для войск. Общее санитарное состояние войск фронта до конца операции оставалось вполне удовлетворительным.

Относительно небольшие затраты людских сил и транспортных средств, произведенные в связи с необходимостью усиления некоторых звеньев противоэпидемической службы, полностью окупались конечными итогами операции.



Подп. медслужбы А. А. КОЛАЧЕВ

МАТЕРИАЛЫ К КЛИНИКЕ И ТЕРАПИИ ТАК НАЗЫВАЕМОГО ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО КАПИЛЛЯРОТОКСИКОЗА

В настоящем сообщении мы имеем в виду обобщить материалы по клинике и терапии нового и пока не вполне ясного по этиопатогенезу заболевания, наблюдавшегося в войсках в Крыму в июне—сентябре 1944 г.

Своеобразие клинической картины первых зафиксированных в МСБ и ТППГ случаев этого бурно развивавшегося заболевания заключалось в множественных кровотечениях у больных, поступающих с высокой температурой и жалобами на резкие головные боли, ломоту во всем теле и боли в пояснице. У всех больных отмечалась резкая гиперемия лица и конъюнктив, а также инъекция сосудов склер. У некоторых наблюдалась, кроме того, геморрагическая сыпь, энантема мягкого неба, отставание пульса от температуры, иногда кашель, рвота, понос, а у одного больного отмечен ряд нерезко выраженных явлений со стороны центральной нервной системы.

Больные направлялись в госпитали с самыми разнообразными диагнозами, стражавшими полиморфизм клинической картины заболевания: москитная лихорадка, геморрагический симптомокомплекс, клещевой тиф и т. д.

Клиническое, эпидемиологическое и детальное лабораторное исследование больных (майором медицинской службы Прицевым, капитаном медицинской службы Гордианом и майором медицинской службы Мангуби), а также данные вскрытия и патогистологического исследования органов погибших (капитаном медицинской службы Лицманенко) показали, что перед нами новое, тяжело протекающее инфекционное, но не контагиозное заболевание, очевидно, вирусного происхождения.

Учитывая несомненно инфекционную природу этого заболевания, геморрагический синдром и явления резкой интоксикации, автор предложил назвать его токсико-инфекционным капилляритом. Патогистологическое исследование сосудов не обнаружило в них воспалительных явлений, и за данным заболеванием закрепился предложенный эпидемиологами термин: острый инфекционный капиллярогтоксикоз.

С целью своевременного выявления случаев заболевания и уточнений ранней его диагностики в войсковые соединения, расположенные в степном районе Крыма, откуда преимущественно поступали эти больные, были направлены опытные терапевты (майор медицинской службы Тонконогий, майор медицинской службы Рудой, майор медицинской службы Кцоян). Стационарное изучение нового заболевания в ИГ и ЭП проводилось врачами госпиталей, а в дальнейшем и членами экспедиции ГВСУ и ВИЭМ: проф. Чумаковым (вирусолог) и научными сотрудниками Шутовой, Карташовой и Раевой.

Диагноз острой инфекционной капилляротоксикоза часто, особенно в начале эпидемии, ставился неправильно. Под этим диагнозом часто проходили случаи мозочной лихорадки, сопровождавшиеся носовыми кровотечениями, атипично протекавшая малярия, затянувшийся грипп с явлениями выраженной лейкопении и даже кавернозный туберкулез, сопровождавшийся кровохарканиями. Все подобные случаи в нашу работу не вошли.

Всего за указанный период времени в лечебные учреждения поступило 92 больных острым инфекционным капилляротоксикозом (рис. 1).

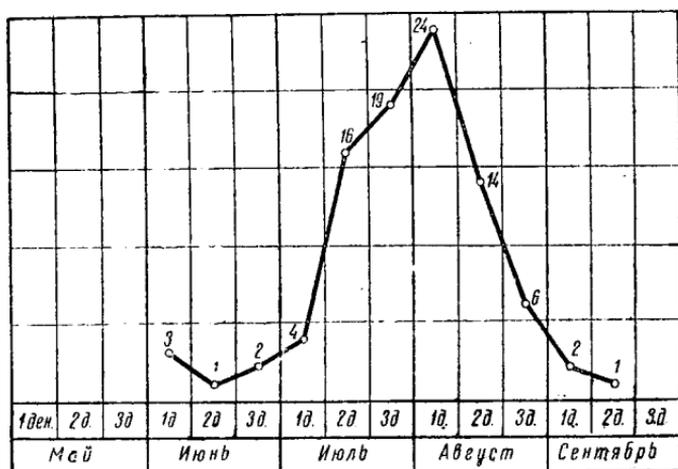


Рис. 1

Из приведенных данных видно, что, начавшись в июне, эпидемия капилляротоксикоза дала наибольшее число больных в период со второй декады июля по третью декаду августа. В третьей декаде августа поступление больных значительно уменьшилось, а в сентябре поступило всего лишь 3 больных.

Небезынтересен факт преобладания среди больных связистов, ездовых и геодезистов, т. е. лиц, по своей профессии имевших еще больший контакт с клещами, чем бойцы, работавшие на уборке хлеба.

Длительность инкубационного периода капилляротоксикоза осталась невыясненной. Выяснение продолжительности инкубации затруднялось тем, что все больные почти ежедневно контактировали с клещами или отмечали их укусы в течение всего периода пребывания в степи. Руководствуясь сроками, прошедшими с момента прибытия заболевших в район эпидемии до начала заболевания, можно предположительно думать о 7—12-дневной инкубации.

Продромальный период, как правило, отсутствует. Болезнь начинается обычно внезапно — высокой температурой, ознобом (в 30% всех случаев), резкими головными болями, ломотой во всем теле, болями в пояснице (63% случаев), иногда рвотой и нарастающей адинамией.

В течение первых суток температура достигает обычно 40°, держится в течение 3—4 суток и затем ступенчато падает. Критическое падение лихорадки отмечено лишь в 13% случаев. Максимальная температура в течение лихорадочного периода не у всех больных одинакова. Температура 38—39° отмечена в 37% случаев, 39—40° — в 52%, выше 40° — в 11% случаев. Суточные колебания температуры в течение первых дней заболевания обычно незначительны (рис. 2).

Продолжительность лихорадочного периода даже в несложных случаях довольно разнообразна. Падение температуры на 6-й день отмечалось в 3 случаях (4%), на 7-й день — в 13 (17%), на 8-й — в 22 (29%); на 9-й — в 17 (22%), на 10-й — в 14 (18,5%), на 12-й день — в 4 (5,2%). В половине всех случаев лихорадочный период заканчивался на 8—9-й день.

На 4—5-й день болезни, реже на 3-й и совсем редко на 2-й день от начала болезни, температура, не доходя обычно до нормы, значительно снижается и на следующий день вновь повышается. Обычно после вторичного подъема, на-

растающего в течение 1—2 суток, начинается лизис, продолжительность которого различна, но чаще всего равна 3—5 дням. В 10% случаев вторичный подъем несколько превышает высоту температуры, предшествовавшей ее снижению.

Подобная кривая отмечена нами в 79% всех случаев. Случаев двуволновой «рецидивирующей» лихорадки мы не отмечали. У 2 больных наблюдался подоб-

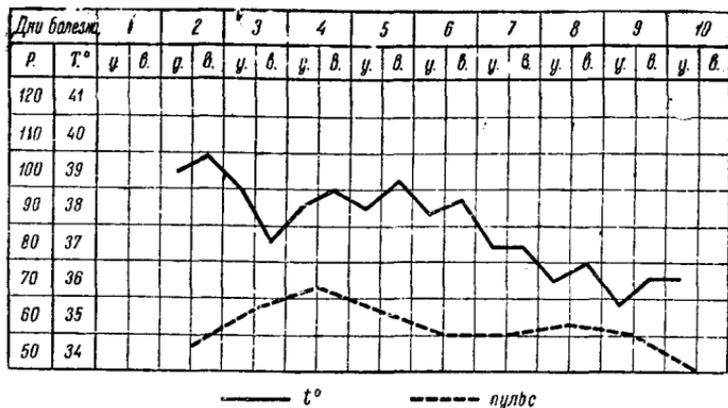


Рис. 2

ный тип кривой, но в обоих случаях окончание первой волны совпадало с обильными кровотечениями, по прекращении которых температура повышалась вновь и затем литически падала, симулируя вторую волну. Последующий субфебрилитет наблюдался в 7 случаях. Необходимо отметить частоту изменений характерной температурной кривой в зависимости от возникающих кровотечений и присоединяющихся осложнений.

Лицо, шея и иногда верхняя часть грудной клетки резко гиперемированы. Слизистые конъюнктивы и склеры инъецированы. Зев, особенно мягкое небо и язычок, а иногда и слизистая глотки гиперемированы. Часто в первый день заболевания возникают носовые кровотечения; нередко кровоточат десны. Со 2-го дня начинает появляться мелкоточечная энантема на мягком небе. С этого же дня уже отмечается мелкоточечная, в 85% петехиальная, в остальных розеолезная сыпь, но большей части небульбарная. Сыпь обычно появляется на коже боковых сторон грудной клетки, боковых сторон и передней стенки живота и передней поверхности грудной клетки. Начиная с 3-го и особенно на 4-й день болезни появляется кровавая рвота, кровохаркание, кишечные кровотечения, иногда гематурия. Наряду с указанными явлениями у значительного числа больных на губах развиваются трещины и экскориации, на месте которых остаются геморрагические корочки. На коже в области рта и носа иногда появляются наполненные геморрагическим содержимым герпетические пузырьки, сменяющиеся плотными корками. У углов рта нередко наблюдаются экскориации типа длительных незаживающих «заед». Значительно реже констатировались незначительные по величине кровоизлияния на слизистой рта, в одиночных случаях также незначительные по размерам кровоизлияния в коже конечностей. Энантема в области мягкого неба, иногда на язычке, была отмечена у 30% больных; она определяется в 67% случаев на 3-й и особенно на 4-й день болезни, иногда и в более поздние сроки, до 10-го дня болезни.

Продолжительность существования энантемы в 46% случаев не превышала 5 дней; в 12,5% энантема была заметна еще на 7-й день болезни, в ряде случаев определялась на протяжении 2 месяцев с начала заболевания.

Что касается сыпи и кровоизлияний, то быстрота их рассасывания была различна — от нескольких дней до 3 недель.

Кровотечения отмечались: носовые у 40 больных (44% всех случаев), кишечные у 10 (13%), кровавая рвота у 14 (15%). Легочные кровохаркания встречались довольно часто, но выяснить их частоту не представлялось возможным; они иногда отмечались одновременно с носовыми кровотечениями или констатировались у лиц с кровоточивостью десен, что при кашле естественно могло приниматься за легочные кровоизлияния. Легочные кровотечения были единичны.

В одном случае одновременно с легочным кровотечением в течение 2 дней наблюдалась резкая гематурия, повлекшая за собой смерть.

Кровоточивость из десен, часто осложнявшаяся в последующем гипертрофическим и нередко язвенным гингивитом, была отмечена у 21 больного (22,9%); она отличалась своей продолжительностью, несмотря на энергично проводимое местное лечение и насыщение организма антигеморрагическими витаминами.

Все случаи кровотечений, за исключением кровотечений из носа, наблюдались в лихорадочном периоде, преимущественно на 4—6-й день заболевания. Они нередко отличались интенсивностью и длительностью. Повторная кровавая рвота на протяжении 1—3 дней наблюдалась у 4, а на протяжении 4 дней у 2 больных; у 14 больных наблюдались комбинированные множественные кровотечения: носовые, желудочно-кишечные и легочные; у одного больного была резкая гематурия с одновременным легочным кровотечением. Носовые кровотечения в 6 случаях повторялись до 13-го дня болезни. Геморрагический синдром, под которым термином мы объединяли кровотечения, кровоизлияния, кровоточивость, кожные геморрагии и геморрагии на слизистых в различных их сочетаниях, определялся у 78 больных, т. е. в 85% случаев.

Мы не сомневаемся, что и у остальных 14 больных капилляротоксикозом при более раннем поступлении в лечебные учреждения, более тщательном осмотре и лабораторном изучении (исследование испражнений на скрытую кровь и пр.) был бы обнаружен геморрагический синдром.

К признакам, имевшим большое значение, нужно отнести отмеченное у 56% больных отставание пульса от температуры, наиболее выраженное в разгар болезни при высокой гипертермии и часто в первые дни после падения температуры. В этом периоде брадикардия достигала иногда высоких степеней (48—47 ударов в 1 минуту). При возникновении каких-либо осложнений — пневмоний или нагноительных процессов — отставание пульса сменяется учащением, что иногда является первым признаком возникновения осложнения и может иметь диагностическое значение.

В ряде случаев в начале развития воспалительных явлений в легких относительная брадикардия может усиливаться, сменяясь в дальнейшем тахикардией. Эту фазу первоначального замедления пульса мы относим к моменту развития легочных микроинфарктов, на фоне которых и развивается пневмонический процесс, сопровождающийся в дальнейшем тахикардией.

Большое значение для установления диагноза и понимания разветвляющихся в организме патологических сдвигов имеет картина крови. Необходимо отметить ценность именно динамического ее исследования. Эритроциты и гемоглобин до 6-го дня болезни остаются более или менее стабильными, с 6-го дня постепенно снижаются и лишь не ранее двух недель после падения температуры вновь начинают повышаться, достигая исходной величины в период 45—60 дней болезни.

В разгар болезни, с 4-го по 6-й день, иногда даже при наличии незначительных кровотечений, у ряда больных отмечается повышение гемоглобина и числа эритроцитов (гемоглобина — до 110%, эритроцитов — до 5 100 000), сменяющееся затем прогрессирующим снижением.

Анемизация больных была незначительной. Лишь у 2 больных на 12-й день болезни количество гемоглобина было ниже 40%, у 2 больных в периоде между 15 и 20-м днем болезни гемоглобин определялся в количестве 20—30%. Цветной показатель был всегда меньше единицы. Какой-либо выраженной патологии со стороны элементов в красной крови отметить не удалось. Токсическая зернистость отмечалась редко и то не более 1—3 телец в поле зрения. Ретикулоцитоз, будучи незначительным в начале болезни (2—4:1 000), в дальнейшем значительно увеличивался, достигая в единичных случаях 23:1 000. Наблюдавшаяся у ряда больных после значительных кровотечений анемия представляла собой обычную постгеморрагическую анемию.

Изменения белой крови при данном заболевании весьма характерны.

Начиная с первых дней болезни, определяется стойкая лейкопения, особенно выраженная на 5—6-й день. Так, на 5-й день у 13 из 19 больных (68%) отмечалось число лейкоцитов меньше 4 000. Начиная с 7-го дня болезни, лейкопения становится менее резкой.

В периоде от 20-го до 30-го дня болезни число больных с количеством лейкоцитов до 4 000 равно 16%, и лишь через месяц, а иногда и более, лейкоциты в несложненных случаях приходят к норме. Из 86 больных, у которых было

произведено исследование крови, у 46 (53,5%) число лейкоцитов было меньше 4 000.

Лейкопения с числом лейкоцитов до 2 000 отмечена у 4 больных, т. е. в 8,7%, с числом лейкоцитов от 2 000 до 3 000 наблюдалась у 20 больных (43,5%), с количеством от 3 000 до 4 000 — у 22 (47,8%). При сравнительном изучении лейкопении у больных с геморрагическим синдромом и без него мы отмечаем преобладание ее в группе лиц без геморрагического синдрома; у них она отмечена в 71% случаев. Объяснение этому мы находим в большей частоте осложнений у лиц с геморрагическим синдромом, т. е. сопровождающихся лейкоцитозом. Этим объясняется отсутствие лейкопении у некоторых погибших больных.

Лейкоцитарная формула в течение первых дней заболевания характеризуется палочковидным сдвигом до 40%, исчезновением, реже резким уменьшением, эозинофилов, незначительным уменьшением моноцитов и нарастанием лимфоцитов.

Начиная с 5-го дня, число моноцитов увеличивается, с 7-го дня появляются одиночные клетки Тюрка, с 9-го дня начинает нарастать число эозинофилов.

Лимфоцитоз достигает наиболее высоких цифр на 10-й день заболевания; число лиц с количеством лимфоцитов свыше 40% достигает 47%. В дальнейшем лимфоцитоз начинает снижаться, но отмечается еще довольно длительное время. В период от 20-го до 30-го дня заболевания число лиц с лимфоцитозом свыше 40% равнялось 15,4%. Полное возвращение лимфоцитов к норме наступало не ранее чем через месяц после начала заболевания.

Во всех обследованных случаях, протекавших как с геморрагическим синдромом, так и без него, миелоцитарного сдвига мы отметить не могли.

На 156 анализов крови лишь в 8 отмечены юные формы в количестве от 2 до 5%, в 5 исследованиях были обнаружены миелоциты — от 1 до 2% (4 случая) и от 2 до 5% (1 случай).

Количество тромбоцитов в крови при остром инфекционном капилляротоксикозе резко уменьшено (д-р Карташова). На 5-й день заболевания у 25% больных количество тромбоцитов было менее 5 000, на 8-й день болезни количество их менее 50 000 отмечалось в 50% исследований. С 12-го дня число случаев со столь высокой тромбопенией резко уменьшается. Тромбопения определялась и у лиц без геморрагического синдрома (менее 50 000 в 1 случае, менее 100 000 в 5 случаях).

Время кровотечения (по Дюке) было в пределах нормы (от 1,5 до 4 минут). Время свертываемости крови колебалось в начале заболевания от 3 до 11 минут, а с 15-го дня болезни от 4 до 6 минут.

Симптом Румпель-Ледеде, как правило, отсутствовал. Проведенная в ряде случаев проба Коха была отрицательна. Проба со щипком была часто положительна.

Резистентность эритроцитов нормальна. РОЭ замедлена с первых дней болезни, причем число случаев с замедлением до 6 мм в 1 час постепенно увеличивается, достигая на 5-й день 26% всех исследований. С 5-го дня число случаев замедленной РОЭ уменьшается за счет увеличения случаев ускорения ее в пределах от 10 до 20 мм в час.

Весьма важными как в дифференциально-диагностическом отношении, так и для уяснения патогенеза новой болезни являются наблюдаемые у значительного числа больных острым инфекционным капилляротоксикозом явления со стороны центральной и вегетативной нервной системы.

Быстро развивающаяся головная боль, рвота, часто наблюдаемые как в начале страданий, так и в период выздоровления, головокружения, сонливость, апатия, реже возбуждение наблюдались у подавляющего числа больных. Иногда отмечались явления амиостатического порядка в виде амимии, гипокинезии и даже (в одном случае) застывание в одной позе. Изредка отмечается неравномерность зрачков, часто являя их реакцию на конвергенцию, парез лицевого нерва по центральному типу в виде легкой нестойкой асимметрии лица, слабость подъязычного нерва, характеризующаяся отклонением языка при его высовывании; нередко отмечается гипорефлексия, а иногда и арефлексия нижних конечностей, особенно в тяжелых случаях. У ряда больных вызывались патологические рефлексы: Бабинского, Оппенгейма и Гордона. Часто имеются нарушения со стороны брюшных рефлексов и нарушения чувствительности в виде зон гиперестезии.

В тяжелых случаях наблюдались нерезко выраженные менингеальные явления: легкая ригидность затылочных мышц и одно- или двусторонний умеренно выраженный симптом Кернига. При спинномозговой пункции патологии не отмечалось, жидкость была прозрачна и вытекала обычно при отсутствии повышенного давления. Сознание в течение заболевания обычно было не затуманено. Коматозное состояние развивалось лишь в тяжелых случаях за несколько часов до смерти. Помимо явлений со стороны центральной нервной системы, были резко выражены вегетативно-висцеральные нарушения. Как уже упоминалось, у значительного числа больных отмечалась брадикардия (у находившегося под моим наблюдением заболевшего капилляротоксикозом профессора П. в течение 2 дней при температуре 40,1—39° частота дыхания не превышала 10—12 в минуту). У всех больных даже при высокой температуре отмечалась сухость кожи. В нескольких случаях при переходе из лежачего положения в сидячее появлялась резкая потливость лица и всей головы. Особенно бросались в глаза вазомоторные нарушения: ограниченная резкая гиперемия лица, конъюнктив, зева, инъекция склеральных сосудов и многочисленные диapedезные геморрагии различной локализации.

Отмеченные явления со стороны центральной и вегетативной системы отличались лабильностью, непостоянством и быстро исчезали с окончанием лихорадочного периода. Лишь в одиночных случаях был отмечен стойкий парез лицевого нерва, державшийся иногда до дня выписки.

Субъективные жалобы на сердечную деятельность отсутствовали. Изменений со стороны сердца не было и при объективном его исследовании в течение болезни.

При рентгенологическом исследовании ряда больных, преимущественно реконвалесцентов, начавших совершать прогулки, связанные с некоторой функциональной нагрузкой для сердечной мышцы, мы особых изменений, кроме некоторой вялости сердечной пульсации и понижения тонуса сердечной мышцы, не обнаружили. Границы сердца перкуторно в течение заболевания обычно были в пределах нормы или слегка расширены, преимущественно у лиц свыше 40 лет. При выслушивании определялись обычно глуховатые тоны; шумы даже при высокой температуре или значительных кровопотерях отмечались очень редко. Лишь в одном случае со значительными возрастными изменениями определялась нестойкая экстрасистолическая аритмия, мягковатый пульс. В стадии реконвалесценции отмечалась лабильность пульса при самой незначительной нагрузке. Лишь в одном случае мы отметили его дикротию.

Как правило, у всех больных отмечалась выраженная в той или иной степени артериальная гипотония. Максимальное давление от 100 до 115 мм ртутного столба определялось в 50% случаев, ниже 100—в 48% всех проведенных измерений. Лишь в 2% случаев максимальное давление было свыше 115 мм. Особой разницы в величине кровяного давления у лиц с геморрагическим синдромом и без него мы отметить не могли. В неосложненных случаях наблюдалось значительное снижение кровяного давления к концу лихорадочного периода, особенно на 1—10-й день болезни, и весьма медленный и постепенный возврат его к нормальным цифрам в периоде выздоровления. Предел снижения максимального давления не превышал 80, а минимального 40 мм ртутного столба. Пульсовое давление, снижавшееся в течение лихорадочного периода иногда до 30 мм, с падением температуры, точнее с 15-го дня болезни, приходило к норме.

Со стороны органов дыхания отмечались одиночные случаи ларингита, трахеита и довольно часто бывал бронхит. Бронхопневмония клинически определялась в 10,8% всех случаев заболеваний. Наклонность к развитию бронхопневмоний у больных с инфекционным капилляротоксикозом находит объяснение в частоте наблюдаемых у них легочных кровотечений, ведущих к образованию гемоаспирационных ателектазов с последующим развитием в ряде случаев мелкоочаговой пневмонии. Причиной развития бронхопневмоний может служить аспирация крови из верхних дыхательных путей при наличии в них кровоизлияний, каковые нередко констатировались на секциях. По данным секций, «бронхопневмония являлась почти постоянным спутником этого страдания» (Линцманенко). Изменения со стороны органов пищеварения имели выраженный характер. Помимо кровавой рвоты и кишечных кровотечений, у больных нередко наблюдались поносы (15% случаев) и боли в животе (9,8%). Тошнота отмечена в 10,8% всех случаев. Рвота наблюдалась у 18 больных; в половине всех случаев она была, очевидно, центрального происхождения, так как возникала часто в начале заболевания одновременно с развитием высокой температуры и резкой головной боли.

Язык обычно был с беловатым налетом, часто суховат, а у лиц с кровавой рвотой, кровохарканиями и кровоточивостью из десен и слизистой рта — ржавый. Передко определялся неприятный запах изо рта. Несмотря на сухость во рту, повышенной жажды у больных не отмечалось. Живот был мягким. Увеличение печени наблюдалось у 19 больных (25,5%). Селезенка прощупывалась у 18 больных (20%). Печень и селезенка при пальпации нередко были уплотнены. В одном случае констатировалось увеличение печени на 4 поперечных пальца. У ряда этих больных в анамнезе отмечалась малярия, у некоторых в крови были обнаружены малярийные паразиты.

С целью выяснения частоты микрокровоизлияний в кишечнике у 25 больных с геморрагическим синдромом, но без кровотечений и без геморрагического синдрома исследовались испражнения на наличие эритроцитов. По данным 36 анализов, эритроциты в количестве 6—10 и до 20 в поле зрения были обнаружены у 14 из 19 больных с геморрагическим синдромом (73%) и у 5 больных из 6 без геморрагического синдрома, причем число обнаруженных эритроцитов в последней группе было меньше. В нескольких случаях у больных без геморрагического синдрома реакция Грегерсена была положительной, но наряду с этим необходимо отметить, что у ряда больных даже с геморрагическим синдромом эритроциты в испражнениях не обнаруживались и реакция Грегерсена была отрицательна. При исследовании желудочного сока в лихорадочном периоде отмечалась лишь незначительная гипохлоридрия.

Дизурические расстройства были редкими и наблюдались лишь в тяжелых случаях, чаще в агональном периоде. Суточное количество мочи в течение лихорадочного периода было снижено. Симптом Пастернацкого часто положительн. Гематурия, как уже упоминалось, встречалась редко и лишь в одном случае обнаруживалась макроскопически.

Белок в моче констатирован был у 30 больных, т. е. в 34,5%, но количество белка было часто ничтожное. Лишь в 2 случаях определялось значительное количество его. Эритроциты обнаружены у 11 больных (в 12,9%). Лишь у 3 лиц число эритроцитов превышало 10 в поле зрения. «Фибринные» цилиндры и «вакуолизированные» клетки, описанные при инфекционном нефрозо-нефрите, у наших больных не определялись. Аккомодация почек не нарушена. Остаточный азот в крови был в пределах нормы. В случаях высокой, к стати сказать, быстро исчезающей альбуминурии отеков не наблюдалось. Артериальной гипертензии у лиц с альбуминурией и цилиндрурией также не отмечалось.

Офтальмоскопически дно глаза было обычно нормальным. В одиночных случаях в течение лихорадочного периода отмечалось резкое расширение вен и сужение артериальных сосудов (проф. Медведев).

При капилляроскопии (д-р Раева) у значительного числа реконвалесцентов и ряда больных в остром периоде заболевания определялся бледный, реже с цианотическим оттенком фон, часто бледность и резкое уменьшение числа капилляров, их деформация, расширение в вековом колене и зернистый прерывистый ток крови. При капилляроскопии кожи на месте точечных геморрагий были видны расширенные капилляры с большим количеством эритроцитов вокруг них.

Из осложнений, наблюдаемых при этом заболевании, необходимо упомянуть о довольно частых гнойных конъюнктивитах, 2 случаях эпидидимита, 1 случае перитонита, 2 случаях паротита и 1 случае сепсиса. В анамнезе последнего больного отмечалась гоноррея, при лабораторном обследовании были обнаружены гонококки. В конце лихорадочного периода у него развился пиелостит, затем двусторонний фуникулит, значительный воспалительный инфильтрат в области мочевого пузыря и, наконец, припухание в области правого грудно-ключичного сочленения. В дальнейшем все местные воспалительные явления исчезли, и осталось лишь некоторое утолщение сустава; больной до настоящего времени в течение 3 месяцев периодически лихорадит с подъемами температуры, иногда до 39°.

Тяжесть течения инфекционного капилляротоксикоза зависит не только от интенсивности кровотечения, но главным образом от явлений интоксикации и интенсивности связанных с ней изменений в органах. Смерть наступала всегда бурно в лихорадочном периоде. Погибающие больные, несмотря на иной раз большую потерю крови, не производили впечатления глубоких анемиков.

Средняя продолжительность заболевания в случаях, окончившихся смертью, равнялась 7 дням.

Период реконвалесценции после окончания лихорадочного состояния обычно протекает медленно. Выздоровливающие слабы, вялы и апатичны, часто жалуются на головокружения, особенно после даже кратковременного пребывания под лучами солнца. Рецидивов заболевания не отмечалось.

В течение 75-дневного наблюдения ряда больных никаких поздних осложнений со стороны внутренних органов и нервной системы не отмечалось.

У ряда реконвалесцентов через месяц после начала болезни и даже позднее мы неоднократно определяли наличие многочисленных энантем на мягком небе, резкое инъецирование мелких сосудов зева и склер и, что особенно обращает внимание, инъецирование сосудов скуловой области, по расположению и интенсивности напоминающее roseolae.

Из 92 больных выписано в часть 72 (78,2%), уволено в отпуск 6 (6,5%), признано ограниченно годными 3 (3,2%), умерло 9 (9,7%), продолжают лечение 2.

Значительному числу выписанных непосредственно в часть, как правило, предоставлялся отпуск при части.

Средняя продолжительность заболевания выписанных в часть равнялась 29 дням. У лиц без геморрагического синдрома она равнялась 23 дням. Наименьшая продолжительность заболевания была 11 дней. Средняя продолжительность пребывания больного в госпитале 24 дня.

Диагноз острого инфекционного капилляротоксикоза в первые 1—2 дня довольно труден, и только дальнейшее наблюдение позволяет отличить его от мозочной лихорадки, сыпного тифа, клещевого риккетсиоза, токсикоаллиментарной алейкии и инфекционного (геморрагического) нефрозо-нефрита.

Наиболее трудно дифференцировать инфекционный нефрозо-нефрит. Необходимо напомнить, что при остром инфекционном капилляротоксикозе никогда не наблюдаются описанные при инфекционном нефрозо-нефрите бледность носогубного треугольника и катаральные явления в начале болезни. При остром инфекционном капилляротоксикозе отсутствует, как правило, наблюдаемый при инфекционном нефрозо-нефрите почечный синдром с постоянной гематурией, иногда анурией, «фибринными» цилиндрами и «вакуолизированными» клетками. Отсутствует также наблюдаемая у большинства больных нефрозо-нефритом икота. Лейкоцитоза, доходящего при инфекционном нефрозо-нефрите до 50 000, здесь нет. Частые спутники инфекционного нефрозо-нефрита—рвота и боли в животе—у наших больных встречались редко, причем рвота наблюдалась в период нарастания температуры и была, очевидно, мозгового происхождения. При инфекционном капилляротоксикозе отсутствует наблюдаемый при инфекционном нефрозо-нефрите миелоцитарный сдвиг крови.

Лечение больных острым инфекционным капилляротоксикозом должно быть направлено на борьбу с интоксикацией, кровотечениями и осложнениями.

С целью дезинтоксикации мы рекомендуем интравенозные вливания уротропина с глюкозой и подкожное введение физиологического раствора. Введение физиологического раствора имеет в виду также повышение свертываемости крови. При значительных кровопотерях и наличии выраженной гемоглобинемии проводились гемотрансфузии. Учитывая данные Форте, Тизоли и др., говорящие о том, что проводимая с короткими интервалами гемотерапия может оказать тормозящее влияние на эритропоэз, мы проводили гемотрансфузии с промежутками в 4—5 дней и небольшими дозами (по 100—150 см³).

При кишечных кровотечениях с целью воздействия на кишечные сосуды вводился адреналин. Каждый больной, независимо от наличия геморрагического синдрома, получал в больших дозах витамин С.

Всем больным с выраженными геморрагическими явлениями вводилась интравеннозно аскорбиновая кислота. Кроме того, при наступивших кровотечениях широко применялся витамин К. В некоторых лечебных учреждениях применялся и витамин А.

Необходимо упомянуть, что интравеннозное применение хлористого кальция и натрия в случаях значительных кровотечений гемостатического эффекта не давало. Несмотря на значительное насыщение антигеморрагическими витаминами, кровоточивость из десен у ряда больных продолжалась в течение значительного времени. В ряде случаев без особого эффекта применялись эфедрин, симпатол, кордиамин и другие препараты.

Режим в течение лихорадочного периода и ряд дней по его окончании был постельный.

В целях профилактики желудочно-кишечных кровотечений диета больных была химически и механически щадящей, со значительным содержанием витаминов (протертые овощи, фруктовые соки и пр.). Значительное внимание уделялось профилактике могущих возникнуть осложнений (уход за полостью рта, глазами, кожей).

В период выздоровления, характеризующегося длительной адинамией и продолжающимися циркуляторными расстройствами (головокружение, головные боли и т. д.), важен режим покоя и применение тонизирующих средств (фенамин, перитин, стрихнин и пр.). При наличии расстройств чувствительности и вообще каких-либо явлений со стороны нервной системы применялся витамин В.

Основной и ведущий синдром остро го инфекционного капилляротоксикоза — выраженные в той или иной степени геморрагические явления.

Множественность кровоизлияний, интенсивность и диapedезный их характер говорят о каком-то системном поражении капилляров.

Значительное число больных, поступающих с однообразной клинической картиной из одного и того же района, возникновение этого заблевания у лиц, почти исключительно работавших на полевых работах, отрицание подавляющим числом больных каких-либо кровотечений в прошлом и, наконец, констатация подобных заболеваний среди гражданского населения побудили искать причины наблюдаемых расстройств в какой-то неизвестной инфекции.

При патогистологическом исследовании сосудов каких-либо воспалительных, дегенеративных и гиперергических изменений установить не удалось (Лицманенко).

Возник вопрос о возможности диффузного токсического поражения капилляров, влекущего за собой повышение их проницаемости с последующими кровоизлияниями.

Отрицательный, как правило, феномен Румпель-Леде, являющийся показателем целостности эндотелия капилляров, и светлый фон поля при капилляроскопии не дают нам права думать о подобном механизме геморрагического синдрома.

Точно так же и наличие тромбопении при нормальной свертываемости крови и нормальном времени кровотечения не позволяет считать ее причиной этого синдрома. Необходимо упомянуть, что тромбопения наблюдалась нами и у больных инфекционным капилляротоксикозом, но без видимых проявлений геморрагического синдрома, а также у больных другими заболеваниями без каких-либо геморрагических проявлений.

Нельзя не упомянуть о том, что школой Люкса доказано расширение сосудов и повышение проницаемости их при поступлении в сосудистое ложе гистаминоподобных веществ, образующихся в тканях при обширных травмах и инфекционных заболеваниях, но о возможности геморрагии под влиянием этого тканевого фактора в доступной нам литературе мы указаний не нашли.

Мы считаем, что в основе наблюдаемых при остром инфекционном капилляротоксикозе циркуляторных расстройств, проявлением которых является геморрагический синдром, лежат нарушения вегетативно-сосудистой иннервации, возникающие на почве поражения симпатического сосудодвигательного аппарата.

С современной точки зрения (Степанов) вегетативная нервная система при помощи перититов (клеток Руже) регулирует состояние стенок капилляров и их проницаемость.

При поражении вазомоторных центров наступает падение сосудистого тонуса, расширение сосудов, усиление их кровенаполнения, а парез вегетативных окончаний, непосредственно связанных с перититами, ведет к повышению проницаемости капилляров и последующим кровоизлияниям.

От степени и локализации нарушений вегетативно-сосудистой иннервации зависит и клиническая картина заболевания. В одних случаях мы имеем лишь ограниченную гиперемия лица, конъюнктив слизистой неба и глотки, резкое инъцирование склеральных сосудов, в других — эти же явления плюс энантемы и геморрагическая сыпь; в третьих — кровоизлияния, кровоточивость и кровотечения в различных комбинациях с перечисленными явлениями.

Расстройства циркуляции все же носят более или менее выраженный регионарный характер, а именно — область головы, шеи и верхней части грудной клетки, затем желудочно-кишечный тракт и другие органы брюшной полости.

Циркуляторные расстройства в головном мозгу и области головы, шеи и верхней части грудной клетки могут зависеть от поражения симпатического ганглионарного аппарата шеи, часто поражаемого при инфекциях. Необходимо напомнить

о частоте пневмоний при остром инфекционном капилляротоксикозе и о том, что работами Сперанского, Тонких доказана возможность пневмоний в результате рефлекторно-гуморальных сдвигов и связанных с ними нарушений кровообращения в малом кругу на почве раздражения верхних шейных симпатических узлов.

Что касается циркуляторных нарушений в брюшной полости и, в частности, кровоизлияний в области желудка и кишечника, то они тесно связаны с состоянием чревного нерва, роль которого в перераспределении крови в организме и иннервации сосудов брюшной полости огромна.

В отношении картины крови, бедность которой молодыми формами может создать мнение о тяжелых расстройствах кроветворения, необходимо напомнить, что лейкоцитоз или лейкопения, обнаруживаемые в сосудах кожи, всего лишь индексы на тот или иной механизм перераспределения крови, т. е. на ту или иную установку вазомоторных центров и вегетативной нервной системы в целом (Давыдовский). При остром инфекционном капилляротоксикозе мы имеем ту или иную степень паралича чревного нерва с резкой гиперемией, лейкоцитозом внутренних органов и лейкопенией кожных покровов.

Данных за то, что лейкопения в наших случаях является признаком токсического нарушения лейкопоэза, у нас нет. У ряда больных с множественными и иногда повторными кровотечениями, несомненно, наблюдалась гипохромная анемия, особенно в случаях кровоизлияний в костном мозгу, но эти случаи были немногочисленными. Что касается наблюдавшейся у больных в начале болезни временной полиглобулии, то патогенез ее остается для нас неясным.

Интересным представляется факт, что период замедленной РОЭ совпадал с периодом полиглобулии.

В момент оформления нашей работы было получено сообщение об открытии проф. Чумаковым возбудителя острого инфекционного капилляротоксикоза, оказавшегося ультрафильтрующимся вирусом, особенности и характер которого пока мало изучены.

На протяжении последних лет появился ряд работ, посвященных описанию вспышек заболеваний, характеризующихся избирательным поражением нервной системы. Наряду с типичными формами клещевого энцефалита (Богородицкий и Шаргородский, Гальперин, Лурье и др.) описаны полиневриты, полионеврациты и другие невровирусные заболевания, при которых отмечались кровоизлияния, кровотечения, вегетативно-висцеральные расстройства и даже геморрагическая сыпь. Описаны случаи желудочно-кишечных кровотечений с геморрагической сыпью, но без упоминания о наличии поражения центральной или вегетативной нервной системы (Сиповский). Во многом сходен по клинической картине с острым капилляротоксикозом инфекционный нефрозо-нефрит, при котором, так же как и при описываемом нами заболевании, наблюдаются явления со стороны нервной системы.

Все это дает нам право отнести острый инфекционный капилляротоксикоз к невровирусным заболеваниям и высказать мысль, не являются ли вегетативные, в частности, циркуляторные нарушения основной причиной клинического разнообразия многих невровирусных заболеваний.

Острый инфекционный капилляротоксикоз — тяжелое заболевание, характеризующееся довольно высокой смертностью, тяжелым течением и сравнительно длительным выздоровлением, что и определяет его эвакуационную характеристику. Ввиду того что данное заболевание неконтагиозно, больные могут быть эвакуированы и в ТППГ. При наступивших кровотечениях больные нетранспортабельны и их лечение до исчезновения угрожающих явлений должно проводиться на месте — в госпитальном взводе МСБ. Во избежание рецидивов кровотечения транспортировка подобных больных должна производиться лежа, на конном или автотранспорте в сопровождении медицинского персонала. При маневренных операциях и встречном бое подобные больные по подтверждении диагноза и констатации транспортабельности эвакуируются из ТППГ в госпитальную базу армии, где и заканчивают лечение.

Эвакуации в тыл за пределы армии подлежат лишь лица с явлениями длительно продолжающейся адикамией и с неуступающими лечению на месте осложнениями.

При выписке в часть, особенно во время боевых операций, необходимо учитывать не только самочувствие больного, но и наличие могущих продолжаться циркуляторных расстройств, легко возникающей кровоточности десен, поздних анатем, поздних кровоизлияний на слизистой рта и т. д. Кроме того, необходимо принимать во внимание численность тромбоцитов в крови.

Выводы

1. Так называемый острый инфекционный капилляротоксикоз является новым по клинической картине заболеванием.

2. Заболевание это представляет собой невровирусную инфекцию, характеризующуюся своеобразным поражением преимущественно вегетативной нервной системы.

3. Клиническая картина и исход этого заболевания определяются наличием резких циркуляторных расстройств, быстротой их развития и локализацией, соответствующей главным образом зонам иннервации симпатического ганглионарного аппарата шеи и чревного нерва.

4. Непосредственной причиной наблюдающегося при этом страдания геморрагического синдрома является нарушение вегетативной иннервации сосудов, и в известной степени можно думать о непосредственном воздействии на стенку капилляров циркулирующего в крови токсина.

5. Наблюдаемые при остром капилляротоксикозе изменения периферической крови, в частности, лейкопения, возникают на почве регионарно-системного ее перераспределения, но не в результате системного поражения кроветворного аппарата. Нарушения гемопоэза незначительны.

6. Клиническая картина заболевания во многом сходна с клиникой геморрагического (инфекционного) нефрозо-нефрита, но резко отличается рядом особенностей, определяющих самостоятельность инфекционного капилляротоксикоза как отдельной нозологической единицы.

7. Острый инфекционный капилляротоксикоз, наблюдавшийся в 1944 г. в Крыму, является одним из звеньев длинной цепи описанных за последние годы невровирусных заболеваний.



Майор медслужбы Н. А. КУЛИЧКОВ

и подп. медслужбы В. А. ЖМУР

ГАЗОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ХППГ

Частота осложнений ран газовой инфекцией по нашему материалу ППГ первой и второй линии в период с июля 1942 г. по май 1944 г. колебалась в разные месяцы от 0,69 до 5,6%, а в среднем равна 2,2%.

Газовая инфекция по нашим наблюдениям является основной причиной смерти раненых в ППГ (42,6% всех умерших от ранений).

Инкубационный период принимается обычно в 2—3 дня. Наши данные подтверждают эти наблюдения. Главная масса осложнений в нашем госпитале возникла на 3—4-й день после ранения.

Это осложнение появлялось у раненых как раз в тот период, когда они проходили наш этап, т. е. ППГ первой и второй линии. Следовательно, вопрос борьбы с газовой инфекцией для работников ППГ является актуальнейшим. Успешное разрешение этого вопроса во многом зависит: 1) от знания факторов, способствующих возникновению осложнений ран газовой инфекцией; 2) от своевременной ранней диагностики; 3) от рационального лечения; 4) от правильной организации дела борьбы с газовой инфекцией в ППГ.

Для клинического проявления газовой инфекции недостаточно наличия только одной причины этого осложнения — присутствия соответствующих микробов в ране. Болезнь возникает тогда, когда налицо имеется целый ряд дополнительных факторов, способствующих развитию вызывающих ее возбудителей. К числу таких факторов относится характер раны.

По нашему материалу в 80% случаев газовой инфекции осложняют раны, которые проникают на большую глубину с повреждением тканей на значительном протяжении, нередко сопровождаются обширным осколчатым переломом костей и повреждением крупных сосудов с образованием большой гематомы.

Доказательством того, что характер ранения имеет весьма большое значение в клиническом проявлении и тяжести газовой инфекции, служат случаи двустороннего поражения конечностей или нескольких участков тела одной и той же пулей. При этом, как правило, та конечность, которая повреждается первой, т. е. в тот момент, когда пуля имеет наибольшую пробивную силу и оказывает наименьшее ушибающее и размозжающее действие на ткани, или совсем не поражается газовым процессом, или осложняется им позже и болезнь протекает легче. Иная картина развивается как конечности, поврежденной во вторую очередь. Здесь зона повреждения обычно большая, область ушибленных и разбитых тканей более обширна, имеется много глухих карманов, гематома, и нарушение кровообращения выражено резко. Такая рана чаще осложняется газовым процессом, а течение последнего более тяжелое.

У нас было 10 подобных случаев.

Например, раненый В. поступил в ППГ спустя довольно продолжительное время, без первичной хирургической обработки. Диагноз: сквозное пулевое ранение мягких тканей обеих голеней в средней трети одной и той же пулей. Правая голень прострелена первой. Типичная газовая флегмона развилась на левой голени, которая была повреждена второй; на правой ноге анаэробный процесс распространился недалеко за пределы раневого канала. Под эфиром произведено широкое раскрытие очагов газовой инфекции обеих голеней. Через трое суток произведена ампутация левого бедра в средней трети в связи с появлением и быстрым прогрессированием гангренозных явлений. Через неделю — рецидив на культях. Очаг газовой инфекции на последней широко раскрыт. С первого дня пребывания раненого в госпитале ему производилась систематически внутривенно противогангренозная серотерапия по нашей схеме (о ней ниже) в сочетании с многократными переливаниями крови. На правой голени очаг газовой инфекции был купирован на 10-й день лечения.

Раненый был эвакуирован в тыл через 1½ месяца во вполне удовлетворительном состоянии.

Общепринято мнение, что ранения с повреждением костей чаще осложняются газовой инфекцией. Мы встречали повреждение костей в 72% всех случаев газовой инфекции.

Своевременность и качество первичной хирургической обработки также являются факторами, от которых зависит клиническое проявление анаэробной инфекции. Из числа раненых, у которых развились осложнения газовой инфекцией, поступило в ППГ с удовлетворительной хирургической обработкой 25,2%, с недостаточной обработкой 42,6%, поступило без первичной обработки 32,2%.

Эти данные подтверждают связь клинического проявления газовой инфекции с плохой первичной хирургической обработкой или ее отсутствием.

В последнее время в литературе отмечалось различие в частоте и степени злокачественности газовой инфекции в летне-осенние и зимние месяцы: именно зимой осложнение ран газовой инфекцией встречается гораздо чаще и протекает тяжелее, чем летом и осенью. Объясняется это главным образом сопутствующим озноблением и отморожением конечностей. Согласно нашим данным, мы не можем утверждать, что зимой газовых инфекций больше, чем летом.

Частота осложнений ран газовой инфекции за время с июля 1942 г. по апрель 1944 г. по месяцам в процентах была следующая: в 1942 г. — январь 0,3, февраль 4,3, сентябрь 2,5, октябрь 3,2, ноябрь 3,02, декабрь 1,7; в 1943 г. — январь 2,4, февраль 2,9, март 0,4, апрель 0,5, сентябрь 0,88, октябрь 0,92, ноябрь 0,69, декабрь 2; в 1944 г. — январь 5,6, февраль 2,07, март 1,4, апрель 2,24; май, июнь, июль, август 1943 г. не показаны, так как в этот период госпиталь был свернут или принимал только легко раненых; газовых осложнений за это время не было.

Летом 1942 г. газовая инфекция встречалась чаще, а зимой 1942/43 г. — реже. Осенью 1944 г. осложненный ран анаэробной инфекцией встречалось меньше, чем зимой 1943/44 г.

Такое колебание частоты осложнений ран газовой инфекцией, повидимому, зависит не только от времени года, но и от интенсивности боевых операций, от объема и качества хирургической обработки ран на этапах эвакуации, от способа транспортировки раненых, а также от степени зараженности почвы анаэробными микробами. Резкое увеличение количества газовых инфекций в августе 1942 г. объясняется тем, что в этот период армия вела напряженные оборонительные бой.

обусловившие длительное нахождение войск на одном месте, сужение объема хирургической обработки по количеству и по качеству, так как этапы санитарной эвакуации были перегружены работой. Бои тогда велись в окрестностях крупного города, вокруг которого земля была чрезвычайно загрязнена анаэробами.

Наблюдаются не только колебания частоты осложнений по месяцам, но и вариации характера осложнений. Например, в апреле 1944 г. наблюдалось резкое увеличение случаев «отечной» формы (до 56%). Увеличение случаев «отечной» формы подтверждается патологоанатомическими данными. Именно при 33 вскрытиях газовая форма найдена в 13 случаях, смешанная («газово-отечная») — в 4 и отечная — в 16 случаях (прозектор — майор медицинской службы И. Я. Яковлев).

Клиническое течение отечной формы характеризовалось большой злокачественностью, выражавшейся в сильной общей интоксикации еще до появления отчетливых местных симптомов.

В предшествующие месяцы (до апреля 1944 г.) мы имели резкое преобладание «газовой» формы над прочими (до 70—80%).

Данные о локализации анаэробного процесса и смертности в зависимости от этого представлены в табл. 1.

Таблица 1

| Локализация | Число случаев в % | Умерло в % |
|----------------------|-------------------|------------|
| Предплечье | 8,4 | 11,9 |
| Плечо | 23,7 | 28,2 |
| Грудь | 5,2 | 68,8 |
| Голень | 32,2 | 24,3 |
| Бедро | 25,2 | 53,6 |
| Ягодицы | 5,3 | 72,4 |

На первом месте по количеству ран, осложненных газовой инфекцией, стоит голень, на втором — бедро, затем плечо. Это объясняется, во-первых, тем, что указанные области вообще повреждаются чаще других участков тела, а во-вторых, тем, что в них расположены большие мышечные массивы.

Из табл. 1. видно, что наибольшая смертность наблюдается при локализации осложнения в области ягодиц, груди и бедра. Если учесть, что при локализации осложнения на предплечье или на голени с ним можно в крайнем случае покончить ампутацией, а при поражении груди, ягодиц и верхней трети бедра этой возможности нет, то большая смертность при газовой инфекции указанных областей становится понятной. Повышенная смертность в этих случаях объясняется также тем, что быстрота образования и всасываемость токсинов здесь гораздо интенсивнее. К тому же немалая часть ранений груди, ягодиц и верхней трети бедра, осложненных газовой инфекцией, являются проникающими, т. е. весьма тяжелыми.

Из изложенного ясно, что при борьбе с газовой инфекцией вообще, и при сывороточной терапии ее в частности нельзя не учитывать локализации ранения.

Первым симптомом возникновения газовой инфекции являются боли в ране. Они наблюдались нами в 100% случаев раннего диагноза. Эти боли держатся, несмотря на первичную хирургическую обработку, хорошую иммобилизацию и применение наркотиков. Иногда больные рано ощущают чувство тесноты повязки, распирающие, давление в ране. Одновременно с болями появляется отек, заметный глазом. О нем же свидетельствуют следы от врезывания повязки. Кожа при этом бледна и имеет характерный блеск. Подкожные вены расширены. Рана суха, безжизненна, ареактивна. При надавливании из нее выделяется сукровичная жидкость наподобие гемолизированной крови. Припухания лимфатических желез мы не наблюдали.

Общие явления выражаются прежде всего в изменении психики. Эйфория в ранних стадиях весьма редка. Она характерна лишь для самых злокачественных случаев. Иногда больные возбуждены, излишне говорливы, часто меняют поло-

жение. Нередко мы отмечали симптом эмоциональной тупости (А. С. Зотов), заключающийся в некоторой безучастности ко всему, как бы замкнутости больного, попуриченности его в себя. Выражение лица при этом страдальческое, глаза имеют утомленный вид. Температура тела у «газовых» всегда повышена, и это является ранним признаком. Особенно характерно повышение температуры до 38—38,5° утром и вечером на вторые и третьи сутки после ранения, несмотря на первичную хирургическую обработку и хорошую иммобилизацию. Гнойная инфекция обычно такого раннего и стойкого повышения температуры не дает.

Характерно в таких случаях то, что даже после хорошего раскрытия и дренирования очага анаэробной инфекции повышенная температура тела и сухость, ареактивность раны со скудным геморрагическим отделяемым держатся протяжении суток.

Пульс в ранней стадии удовлетворительного наполнения, но выше соответствующей температуры. Важное значение для обнаружения газа в тканях имеет рентген. Однако рентгеновские данные ценны только в сочетании с определенными клиническими симптомами, иначе они могут дать повод к заблуждению. Так, в одном случае, когда рентгеновским обследованием был обнаружен газ в тканях, клинических симптомов газовой инфекции не было и при рассечении был вскрыт большой гнойник.

Основой нашего лечения раненых с газовой инфекцией было активное хирургическое вмешательство в виде рассечения, иногда иссечения пораженных тканей или ампутации. После рассечения и при последующих перевязках раны рыхло тампонировались марлей с раствором марганцовокислого калия (5%), хлорамина (2%) или перекиси водорода. Преимуществ какого-либо антисептика нами не замечено.

Иммобилизация проводилась транспортными шинами. Ввиду необходимости частых и очень тщательных перевязок и постоянного наблюдения за ходом процесса этот вид иммобилизации пока остается наиболее пригодным; ампутации производились в тех случаях, когда, несмотря на все принятые меры, процесс нарастал и явно угрожал жизни раненого или когда с самого начала местно было чрезвычайно бурное течение, а общие явления представлялись весьма тяжелыми. Наличие обширного оскольчатого перелома кости заставляло чаще прибегать к ампутации.

В общем же вопрос об ампутации нередко очень трудно решить и слова проф. Федорова о том, что хирургу иной раз легче решиться на операцию, нежели отказаться от нее, в вопросе об ампутации при газовой гангрене совершенно справедливы. Несомненно, что ампутировать следует только по жизненным показаниям. На ампутацию следует решаться без колебаний лишь в случаях полной гангрены всех сегментов конечности, при крайне быстро ухудшающемся общем состоянии раненого. Мы применяли обычно гильотинный способ ампутации с предварительной перевязкой крупных сосудов на протяжении без наложения жгута.

После осуществления мер хирургического порядка главным лечением остается внутривенное применение противогангренозной сыворотки в больших дозах. При этом крайне необходим определенный критерий применения той или иной дозы сыворотки с определенными промежутками. В качестве таких важных критериев мы принимали фазу, форму и локализацию осложнения. На основании наших наблюдений мы пришли к следующим выводам:

а) В тех случаях, когда газовая инфекция не распространилась далеко за пределы раневого канала и имеются отграниченные флегмонозные явления без газовой крепитации (первая фаза осложнения), после оперативного вмешательства следует ввести внутривенно 15 000 АЕ противогангренозной сыворотки; через 5—7 часов эту дозу повторяют, а в дальнейшем вводят по 10 000 АЕ ежедневно до появления надежных признаков купирования осложнения (стойкое снижение температуры тела, улучшение общего состояния, уменьшение отека, резкое увядание всех местных явлений). При локализации такой легкой формы осложнения в области груди, ягодиц, верхней и средней трети бедра и плеча дозу вводимой сыворотки увеличивают до 25 000 АЕ; через 5—7 часов эту дозу повторяют, а при последующих ежедневных введениях увеличивают до 15 000 АЕ.

б) При выраженных флегмонозных явлениях с наличием газовой крепитации после операции вводят 25 000 АЕ противогангренозной сыворотки; через 5—7 часов эту дозу повторяют, а потом ежедневно вводят по 15 000 АЕ. При локализации данной формы в области груди, ягодиц, верхней и средней трети бедра и

плеча первичное и вторичное (через 5—7 часов) введение сыворотки увеличивают до 50 000 АЕ, а последующие ежедневные инъекции — до 25 000 АЕ.

в) Опыт показывает, что в ряде случаев после ампутации конечности по поводу газовой инфекции в пределах видимо здоровых тканей через некоторое время на культе возникает рецидив. Поэтому в послеоперационном периоде необходимо провести курс внутривенной серотерапии. Вначале надо ввести 50 000 АЕ, повторить эту дозу через 5—7 часов, затем ежедневно вводить по 25 000 АЕ.

г) При локализации гангренозного процесса в области груди, ягодиц, верхней и средней трети бедра и плеча доза сыворотки должна быть соответственно не менее 100 000 и 50 000 АЕ. В общем купирование местных и общих признаков осложнения у нас наступало (как видно из табл. 2) после трех-пятидневного курса внутривенной серотерапии.

Т а б л и ц а 2

| Форма, фаза и локализация осложнения | Доза сыворотки, вводимой в вену, в АЕ | | |
|--|---------------------------------------|---|-------------------------------|
| | первая инъекция | вторая инъекция через 5—7 час. | последующая ежед. инъекция |
| I фаза (анаэробная флегмона) | 15 000 | 15 000 | 10 000 |
| I фаза (при локализации на груди, ягодицах, в верхней и средней трети бедра и плеча) | 25 000 | 25 000 | 15 000 |
| II фаза (газовая флегмона) | 25 000 | 25 000 | 15 000 |
| II фаза (при локализации на груди, ягодицах, в верхней и средней трети бедра и плеча) | 50 000 | 50 000 | 25 000 |
| III фаза (гангрена конечности после ампутации) | 50 000 | 50 000 | 25 000 |
| III фаза (при локализации на груди, ягодицах, в верхней и средней трети бедра и плеча) | 100 000 | 100 000 | 50 000 |

В заключение следует сказать, что залог успеха кроется отнюдь не в применении огромного количества сыворотки. Суть сывороточного лечения заключается в определенной системе его применения. Большое значение имеет сывороточное лечение в сочетании с многократными переливаниями крови. Благодаря этому уменьшается отрицательное свойство сыворотки и предупреждается возникновение анафилактического шока.

Мы применяли кровь обычно в дозах 250—500 см³ непосредственно перед введением сыворотки ежедневно или через день, 3—5 раз каждому больному. Переливание крови в малых дозах и однократно не дает эффекта, ибо «газовые» больные обычно сильно обескровлены вследствие кровопотери при ранении и в результате сильной анемизации от самого анаэробного процесса. Переливаемая кровь при газовой инфекции как нигде проявляет не только субституирующее и стимулирующее, но и дезинтоксикационно-иммунологическое действие.

Следует еще раз отметить, что применение сыворотки при газовой инфекции остается лишь подспорьем. Основным в профилактике и лечении остается хирургическое вмешательство.

Осложнения после внутривенного введения сыворотки наблюдались нередко. Возникновению их имеют, помимо, большое значение индивидуальные особенности организма, причем в одних случаях при повторных введениях сыворотки наблюдалось привыкание к ней, а в других, наоборот, повышение чувствительности. Самой легкой формой осложнения является озноб. Он появляется в 90% случаев внутривенных введений сыворотки. Сывороточная болезнь отмечена в 45 случаях. Наш материал позволяет различать две формы сывороточной болезни: кожную и суставную. Типичный анафилактический шок наблюдался два раза; в одном случае исход был летальным, несмотря на все меры профи-

лактики шока и борьбы с ним. Указанный случай вызвал естественную боязнь вводить сыворотку внутривенно, и в связи с этим мы те во всех случаях прибегали к этому способу введения. С сентября 1943 г. мы в случаях осложнения ран газовой инфекцией, явно угрожающей жизни раненого, после операции вводили сыворотку внутривенно до некоторого купирования процесса, а затем — внутримышечно до ликвидации осложнения; в тех случаях, когда осложнение проявлялось не тяжело, локализовалось на периферии, мы гораздо охотнее применяли сыворотку внутримышечно. Иногда в так называемых безнадежных случаях мы вводили сыворотку только внутривенно и в больших дозах, получая при этом хороший лечебный эффект.

Франц уподобляет больных с газовой инфекцией больным с артериальным кровотечением. И тем, и другим нужна срочная хирургическая помощь; исход будет определяться тем, насколько быстро она будет оказана. Опыт показал, что только при условии выделения в госпитале так называемого «газового блока» со специально обученным персоналом, при условии мобилизации внимания на газовую инфекцию всего медицинского персонала госпиталя лечение этой категории больных будет на должной высоте. Большое значение имеют квалифицированные перевязочные сестры, на которых можно переложить значительную часть работы и тем самым одновременно провести все необходимые лечебные манипуляции.

Из всех раненых с осложнением газовой инфекцией за отчетный период часть лечилась внутривенными инъекциями противогангренозной сыворотки в сочетании с многократными переливаниями крови, другая часть лечилась «обычным» способом — сыворотка вводилась под кожу и внутримышечно. Результаты обоих видов лечения представлены в табл. 3.

Т а б л и ц а 3

| Метод лечения | Умерло | Ампутировано |
|--|--------|--------------|
| | % | % |
| Лечение обычным способом | 51,0 | 54,6 |
| Лечение внутривенным введением сыворотки | 14,1 | 33,3 |
| Итого . . . | 43,8 | 49,1 |

Таким образом, благодаря лечению газовой инфекции в послеоперационном периоде внутривенными введениями противогангренозной сыворотки в сочетании с переливаниями крови, смертность снизилась до 14,1%. Одновременно снизилось и количество ампутаций до 33,3%.

В ы в о д ы

1. Осложнения ран газовой инфекцией наблюдались нами в 2,2% случаев.
2. Успех борьбы с газовой инфекцией зависит от ранней диагностики и раннего оперативного вмешательства.
3. Лечение газовой инфекции в послеоперационном периоде по обычному методу (введение противогангренозной сыворотки под кожу, внутримышечно в малых дозах и пр.) приносит мало пользы. Смертность при нем достигала у нас 54%.
4. Послеоперационное лечение газовой инфекции внутривенными введениями противогангренозной сыворотки в сочетании с многократным переливанием крови снижало смертность у нас до 14,1% и количество ампутаций до 33,3%.
5. Успех сывороточного лечения зависит не столько от количества введенной сыворотки, сколько от строгой и определенной системы применения ее в зависимости от фазы, формы и локализации осложнения и общего состояния организма.

6. Методы профилактики и лечения анафилактического шока в настоящее время несовершенны. Пока эта проблема не разрешена, нельзя рекомендовать введение противогангренозной сыворотки во всех случаях только внутривенно и в больших дозах.

7. Внутривенная противогангренозная серотерапия не является панацеей. Она лишь решающее терапевтическое подспорье в сочетании с правильным и своевременным хирургическим вмешательством и хорошим гигиеническим уходом и питанием.

8. Для подтверждения эффективности применявшегося нами метода требуются дальнейшие наблюдения.



Майор медслужбы д-р мед. наук Х. Д. ГАДЖИЕВ

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА

Травматический шок является настолько серьезным осложнением огнестрельных ранений, что не будет преувеличением сказать, что основной причиной всех смертных случаев в войсковом районе является шок.

Поэтому обобщение опыта профилактики и лечения шока приобретает исключительно важное значение, ибо каждая боевая операция расширяет кругозор военно-полевого хирурга, обогащая его знания.

Патогенез шока многогранен, теорий, объясняющих механизм возникновения его, предложено много. Хотелось бы подчеркнуть, что в механизме возникновения шока особенно важную роль играет болевой фактор.

Совершенно неизбежным следствием военнотравматического повреждения является возникновение болевого синдрома с передачей патологических болевых импульсов в центральную нервную систему.

По исследованиям школы акад. Бурденко, влияние болевого фактора на центральную нервную систему и через нее на общее состояние организма исключительно велико. Работами этой школы доказано, что в результате влияния болевого возбуждения на центральную нервную систему оттекающая от мозга кровь содержит вещество типа ацетилхолина, способное снижать кровяное давление и тем самым способствовать возникновению одного из кардинальных симптомов шока — расстройства гемодинамики.

Первичный шок, развивающийся немедленно после травмы, встречается исключительно редко.

Врачи полевой медицинской службы в огромном большинстве случаев имеют дело с так называемым вторичным шоком, т. е. шоком, для развития которого требуется 3—4 и больше часов.

Значит, в организации раннего выноса и своевременном доставлении раненых на ПМП состоит одна из важнейших задач профилактики развития шока. Вторым не менее важным фактором профилактики шока является ранняя, хотя бы примитивная иммобилизация.

Говоря о терапии шока, Н. Н. Бурденко заключает: «Каузальной терапии этого состояния нет».

Если в вопросах лечения уже развившегося шока современная медицина не располагает «каузальной терапией», то совершенно определенно вырисовываются контуры каузальной профилактики.

Эта профилактика должна строиться в направлении ликвидации болей, следовательно, ликвидации поступления патологического болевого импульса в центральную нервную систему. Значит, задача заключается в перерыве рефлекторной дуги.

Наркотические вещества и содержащие их противошоковые жидкости оказывают воздействие только на кору головного мозга, притупляя ее восприимчивость к болевым ощущениям, но отнюдь не обладают свойством прерывать рефлекторную дугу и тем разобщать периферию — источник болевого раздражения — с центром, где формируется ответная реакция.

Из многочисленных наблюдений изменения кровяного давления при производстве ампутации мы убедились, что, несмотря на состояние глубокого наркотического сна, в момент рассечения крупных нервных стволов происходит мгновенное падение кровяного давления, нередко приобретающее катастрофический характер со свойственным тяжелому шску внешним видом раненых, характером их пульса и т. д. Следовательно, наркотиками не разрешается проблема профилактики шока, и, стало быть, они не могут быть применяемы с этой целью в передовом этапе войскового района. Единственный надежный путь прервать рефлекторную дугу—воздействовать на периферию. Средством, способным выполнить подобное требование, является анестезия крупных нервных стволов и всевозможные виды новокаиновой блокады.

Полковые врачи на базе МСБ своих соединений на трупах были обучены производству блокад. Они и средний медицинский состав также обучались технике переливания крови и кровозамещающих растворов.

В целях максимального схвата массовыми профилактическими противошоковыми мероприятиями было предъявлено требование проводить на ПМП строго обязательную блокаду седалищного и бедренного нервов при всех случаях отрывов конечностей, тяжелых повреждениях голеностопного сустава, огнестрельных переломах костей голени, проникающих ранениях коленного сустава. Впоследствии при огнестрельных переломах бедра по совету генерал-майора медицинской службы проф. Левита в месте перелома производили впрыскивание 2% раствора новокаина со стороны здоровой кожи. Дальнейшим шагом в предупреждении шока при огнестрельных переломах бедра явилось применение совкаина, полученного от проф. Юдина. Раствор совкаина с новокаином (1% совкаина 20 см³, 2% новокаина 20 см³) был нами ампулирован и передан ПМП для обезболивания места перелома. Анестезирующий эффект раствора оказался чрезвычайно хорошим, преимущество было в длительности действия (3—5 часов, а иногда и больше). При отрывах кисти, предплечья, переломах костей последнего, разрушениях локтевого сустава и переломах плеча производилась футлярная блокада, при проникающих ранениях в грудь, независимо от формы пневмоторакса, накладывалась ваго-симпатическая блокада по Вишневскому.

Всем этим новокаиновым блокадам предшествовало внутривенное вливание 10 см³ концентрированного противошокового раствора № 6 проф. Попова. Этот раствор, по единодушному мнению полковых врачей, оказывает исключительно благотворное влияние; благодаря содержанию морфина боль заметно притупляется, а снотворное в сочетании с алкоголем вызывает спокойный сон. В ряде случаев сон наступал немедленно, а в других случаях — через 5—15 минут после введения раствора, и продолжался 2—3 часа, а иногда и дольше. Врачи ПМП обычно производили блокаду нервов, пользуясь сонливым состоянием раненых.

Нами были произведены исследования в следующих направлениях:

1. Было подвергнуто исследованию 100 человек на ПМП с тяжелыми огнестрельными повреждениями (перелом бедра, костей голени, плеча, отрывы конечностей, проникающие ранения груди и живота), причем измерялось кровяное давление, сосчитывался пульс и дыхание, отмечалось внешнее состояние (покровы, вид) и самочувствие раненых. Эти исследования производились до новокаиновой блокады. Тяжелый шок с кровяным давлением ниже 75 мм ртутного столба зарегистрирован в 3 случаях: отрыва голени (2) и открытого пневмоторакса (1). Шок II степени отмечен в 5 случаях: отрыва стопы (1), огнестрельного перелома бедра (2), открытого пневмоторакса (1), проникающего ранения живота (1). Шок I степени — в 19 случаях: отрыва голени (3), отрыва стопы (1), огнестрельного перелома голени (5), огнестрельного перелома бедра (4), проникающего ранения груди с открытым пневмотораксом (2), без открытого пневмоторакса (1) и проникающего ранения живота (3). Эти же 100 раненых были подвергнуты повторному исследованию в МСБ, причем перед эвакуацией их из ПМП всем была сделана инъекция морфина, тщательно проверены иммобилизационные шины, всем (разумеется, кроме раненых в живот) внутрь дана водка. Исследование, произведенное в МСБ, показало, что шок III степени развился в 14 случаях [отрыв нижней конечности (5), огнестрельный перелом бедра (2), проникающее ранение груди (4) (из них 3 случая с открытым пневмотораксом) проникающее ранение живота (2), огнестрельный перелом костей голени (1)]. Шок II степени развился в 14 случаях [огнестрельный перелом бедра (5), проникающее ранение живота (4), огнестрельный перелом костей голени (2), проникающее ранение

в грудь (2) и огнестрельный перелом плеча (1)]. Шок I степени установлен у 22 раненых [огнестрельный перелом бедра (6), повреждение костей таза (4), проникающее ранение груди (4), проникающее ранение живота (3), перелом плеча (2), перелом костей голени (2), ранение тазобедренного сустава (1)].

Из приведенных данных можно заключить, что обычные мероприятия никакими свойствами предупредить развитие шока или предотвратить углубление уже развившегося шока практически не в силах.

Другие исследования были направлены на изучение эффективности внутривенных вливаний концентрированного противошокового раствора Попова для предупреждения развития шока. С этой целью на одном ПМП 75 раненым с тяжелыми и средней степени ранениями были произведены соответствующие исследования и полученные результаты зафиксированы. Повторное исследование было произведено в МСБ. Перед эвакуацией из ПМП всем 75 раненым внутривенно было введено 10 см³ концентрированного противошокового раствора.

В результате исследований было установлено, что при применении этого раствора развитие всех степеней шока было почти на 30% меньше, чем при применении обычных средств.

Из этих наблюдений вытекает, что концентрированный противошоковый раствор Попова, несомненно, более эффективен и в известной мере предотвращает развитие глубокого шока, но не способен предупредить развитие его.

Исследования третьего рода имели целью изучение влияния новокаиновых блокад на предупреждение развития шока и предотвращение развития глубокого шока. Мы подвергли исследованию 75 человек с тяжелыми повреждениями нижних и верхних конечностей и 15 человек с проникающими ранениями груди. Исследование производилось в том же разрезе, как в предыдущих опытах, причем оказалось, что почти в 80% кровяное давление с момента проведения новокаиновых блокад и до прибытия раненых в МСБ оставалось стабильным и только в 20% падало в пределах 75—90 мм ртутного столба.

Могущественные свойства новокаиновых блокад в отношении профилактики шока были доказаны с неоспоримостью; также было доказано, что это мероприятие предотвращает развитие глубокого шока.

Наконец, последняя серия наших исследований была направлена на изучение эффективности новокаиновых блокад в сочетании с внутривенным вливанием концентрированного противошокового раствора Попова № 6. Результаты исследований оказались еще более поразительными. Стабилизация кровяного давления наступала в 86%.

Таким образом, в этом комбинированном способе мы усматриваем известные преимущества для профилактики травматического шока.

О колоссальном объеме массовых профилактических противошоковых мероприятий, проводимых на ПМП, могут дать представление следующие данные.

За летнюю операцию ваго-симпатическая блокада при проникающих ранениях груди произведена в 93,2% по отношению к нуждающимся в новокаинизации нервных стволов, футлярная блокада при огнестрельных переломах длинных трубчатых костей и прочих тяжелых повреждениях конечностей—в 86,6%, внутривенное вливание концентрированного противошокового раствора Попова — в 82,4% всех тяжелых и средней тяжести ранений.

За операцию на плацдарме ваго-симпатическая блокада произведена в 98,2%, новокаиновая блокада — в 92,4%, внутривенное вливание концентрированного противошокового раствора Попова — в 90,4% случаев. Никаких осложнений при этих массовых манипуляциях, производимых буквально во всех полках, ни МСБ, ни госпиталями не зарегистрировано.

Работа развернута нами не только в плоскости проведения профилактических мероприятий, но и в плоскости ранней организации лечебных мероприятий при уже развившемся шоке. Совершенно иные результаты получаются при лечении шока в начале развития его, чем в сравнительно позднем периоде, когда успевают наступить грубые морфологические и функциональные изменения важнейших органов (центральная нервная система, печень, капилляры и пр.).

Должен отметить, что новокаиновая блокада и внутривенное вливание концентрированного противошокового раствора дополняются при лечении шока переливанием крови или вливанием противошоковых или кровозаменяющих растворов.

За летнюю операцию переливание крови и кровозаменителей производились в 5,1% по отношению ко всем раненым. За операцию на плацдарме переливание крови и кровозаменителей производилось в 6,7%.

На большом материале мы убедились, что проведение такого комплекса мероприятий благотворно влияет на состояние раненых.

Положение Лепукалги и Бубнова: «Важно не что вливать, а как вливать» мы считаем односторонним и дополняем следующим: «Важно не что вливать, а когда вливать». Кто видел раненых в состоянии трудно обратимых форм шока, тот с нашим положением согласится, так как трудно обратимые формы шока возникают именно из-за позднего проведения противошоковых мероприятий. Применение самых героических мер подчас оказывается бессильным из-за того, что упущено время. Об исключительно важном значении комплекса профилактических и лечебных противошоковых мероприятий, проводимых на полковых пунктах, убедительно говорит следующий факт: в полку, где старшим врачом капитан медицинской службы Сатниченко, наши мероприятия проводились в полном объеме; по данным МСБ этого соединения смертность от шока среди раненых полка была равна 10,9%, в полку же, где старшим врачом был майор медицинской службы Алиев, который некоторое время не проводил требуемых мероприятий в полном объеме, смертность от шока среди раненых полка была равна 32,4%.

При всех МСБ функционируют соответствующим образом оборудованные шоквые палаты, причем вся работа проводится шоковой бригадой во главе с ординатором госпитального взвода из двух сестер и двух санитаров, обычно выделяемых из состава команды легко раненых (КЛР). Большинство МСБ оснащено двумя аппаратами Рива-Роччи, остальные — одним.

По заведенному в нашей армии порядку выявление раненых, находящихся в состоянии шока, производится в приемно-сортировочных отделениях, для чего шоквые бригады переключаются работать в последних. Для максимального выявления раненых в шоке какой-либо степени исследуется кровяное давление у всех раненых с ранениями шокогенных зон, сосчитывается пульс и дыхание, отмечаются все прочие проявления шока и все это заносится в шоквый журнал; данные о кровяном давлении, пульсе и дыхании записываются на карточку передового района с указанием даты. Затем раненые направляются в соответствующие подразделения. Раненые со жгутами, открытым пневмотораксом, с подозрением на ранение паренхиматозных органов при проникающих ранениях в живот направляются непосредственно в операционную и перевязочную, и таким образом оперативная помощь им оказывается одновременно с выведением из состояния шока.

Огромное большинство раненых с огнестрельными переломами бедра с анестезией места перелома поступают в МСБ во вполне удовлетворительном состоянии, что позволяет оперировать их в первую очередь.

Частота шока на нашем материале определяется в 8—9%. Такой сравнительно высокий процент шока объясняется тремя основными причинами.

1. Значительным нарастанием тяжелых и средней тяжести ранений.
2. Чрезвычайным улучшением выноса раненых с поля боя.
3. Упорядочением вопроса диагностики шока (измерение кровяного давления, счет пульса и дыхания и т. д.).

Шок I степени наблюдался в 24%, шок II степени — в 57% и шок III степени — в 19%. Как видно из этих данных, в наибольшем проценте случаев наблюдался шок II степени.

При чисто травматическом шоке, наряду с общепринятыми мероприятиями, внутривенно переливается 500—600 см³ противошоковой жидкости, чаще всего Попова; достигнутый успех закрепляется переливанием 500 см³ консервированной крови. Так выводят раненые из состояния шока II и III степени. При шоке I степени вполне достаточным оказывается вливание только противошоковой жидкости. При шоке, отягощенном кровопотерей, мы с самого начала переливаем массивные дозы крови — 750—1000 см³ и больше.

При торпидном шоке с кровяным давлением ниже 70 мм ртутного столба приходится переливать кровь повторно. Надо заметить, что борьба с трудно обратимыми формами шока представляет исключительно большие затруднения.

Шок с кровяным давлением ниже 70 мм у нас зарегистрирован в 28%. Большие надежды мы возлагали на субокципитальные пункции в сочетании с переливанием крови. Этот метод у нас применен всего в 34 случаях; из них только в 4 случаях получен разительный эффект: эти раненые благополучно перенесли оперативное вмешательство с последующей эвакуацией в армейский тыл. В 4 случаях эффект оказался нестойким: после быстрого подъема кровяного давления последовало столь же быстрое падение его, так что не представилось возмож-

ным даже перелить кровь; повторная пункция успехом не увенчалась, и раненые скончались. Во всех остальных случаях повторные субокипитальные пункции эффекта не дали, безрезультатными оказались также переливания больших доз крови.

Более эффективным, чем жидкость Штерн, оказался эфедрин, вводимый также путем субокипитальной пункции.

Субокипитальный эфедрин применен всего в 12 казавшихся безнадежными случаях тяжелейшего шока с почти неопределяемым кровяным давлением. Он применялся в 0,1% растворе в количестве 2—3 см³; кровяное давление тотчас начинало повышаться до 70—75 мм ртутного столба. Пользуясь этим, мы переливали 750—1 000 см³ консервированной крови. В 3 случаях из 12 получен стойкий эффект; раненые оперированы и благополучно эвакуированы в армейские госпитали. Шок при низком кровяном давлении настолько грозен и сопровождается столь высоким процентом смертности, что для борьбы с ним должно быть использовано все, чем располагает современная хирургия. В этом отношении особенно заслуживает внимания внутриапериальное переливание крови. В лечебных учреждениях нашей системы накопились наблюдения над применением этого метода в 75 случаях. Метод этот применялся в исключительно тяжелых случаях травматического шока и острых кровопотерь. Из 75 человек, буквально обреченных на смерть, с почти неопределимым кровяным давлением и пульсом, возвращено к жизни 20 человек (данные МСБ, где ведущими хирургами гг. Тачмуратов, Гулякин, Андриенко), причем эффект рельефнее выступает при острых кровопотерях. Мы вводили кровь в количестве 1 000—1 500 см³.

Исключительно важен вопрос профилактики операционного и послеоперационного шока.

При ушивании пневмоторакса должно быть обязательным наложение вагосимпатических блокад и анестезия паравerteбральных нервов. Анализ смертности после ушивания пневмоторакса показал, что свыше 65% всех раненых умирает в течение первых 48 часов послеоперационного периода. Нетрудно догадаться, что причиной смерти является плевропульмональный шок, поэтому борьба с последним должна являться главной заботой. Это мероприятие нами осуществляется путем систематических вагосимпатических блокад. Эти раненые в госпитальной палате получают ежедневно вагосимпатическую блокаду по 4—5 раз в день в течение 2 дней. С введением этого метода смерть от послеоперационного плевропульмонального шока стала сравнительной редкостью, тогда как ранее наступала у нас почти в 18%.

Анализ смертности при травматических ампутациях и ампутациях, проводимых по иным причинам, показал, что из числа умерших 22% умирали на операционном столе или в ближайшие часы после операции, не выходя из состояния тяжелейшего шока. 75% раненых оперированы под общим эфирным наркозом и 25% — под местным обезболиванием. Специальные исследования показали, что в момент перерезки нервов во время ампутации происходит резкое падение кровяного давления, нередко катастрофическое. В этом причина смерти этих раненых на операционном столе и в ближайшие часы после ампутации.

Акад. Бурденко в одном из своих докладов говорил: «Для предупреждения шока анестезировать главные нервные стволы (дело идет о конечностях) даже в том случае, если операция делается под наркозом». Это требование мы считаем чрезвычайно справедливым и настойчиво проводили в жизнь как в МСБ, так и в госпиталиях. Специальным указанием было категорически запрещено производить ампутации конечностей без предварительной анестезии крупных нервов. В результате этого мероприятия смерть от шока при ампутациях стала также чрезвычайно редким явлением.

В случаях ослабления или исчезновения силы действия выпрыснутого на ПМТ в место перелома анестезирующего раствора при огнестрельных переломах бедра это же мероприятие в МСБ на операционном столе производится повторно, даже в том случае, если оперативная обработка производится под общим наркозом.

Проводимый комплекс профилактических и лечебных противошоковых мероприятий не мог не отразиться на основном показателе, отражающем на армейском материале эффективность труда коллектива медицинской службы нашей армии.

В летнюю операцию 1943 г. смертность от шока составляла 27,5%, в зимнюю операцию 1944 г. — 32,4%, в летнюю операцию 1944 г. — 14,1% и в операцию на плацдарме — 11%.

По данным проф. Банайтиса, смертность при шоке колеблется от 28,9 до

36,3% (по МСБ). При охвате переливанием крови 65—70% раненых, находящихся в состоянии шока, смертность равна 35%; при 100% охвате трансфузией крови раненых в шоке смертность их составляет только 28% (Любарский).

Сопоставление наших данных с данными приведенных авторов в каких-либо комментариях не нуждается и дает основание считать, что ключ к снижению смертности при шоке найден: проведение энергичных противошоковых профилактических и лечебных мероприятий на ПМП.

В ы в о д ы

1. Вынос раненых с поля боя и ранняя доставка их на этапы санитарной эвакуации являются одним из важнейших факторов в системе проведения профилактических противошоковых мероприятий.

2. Имобилизация огнестрельных переломов на ротном участке хотя бы примитивными средствами должна быть строго обязательной.

3. Все виды транспортных шин должны применяться, начиная с БМП.

4. Комплексные массовые профилактические противошоковые мероприятия, как-то: новокаиновая блокада, анестезия крупных нервных стволов, впрыскивание новокаина в место перелома, внутривенное вливание 10 см³ концентрированного противошокового раствора, должны проводиться на ПМП в полном объеме.

5. Для наибольшего охвата раненых противошоковыми мероприятиями полковые врачи должны быть должным образом проинструктированы о ранениях шокогенных зон.

6. На ПМП должно быть организовано раннее лечение уже развившегося шока.

7. Существование шоковых бригад и шоковых палат жизненно оправдано.

8. Массовое выявление шока в МСБ должно проводиться в приемно-сортировочных отделениях.

9. В тяжелых случаях торпидного шока с кровяным давлением ниже 70 мм ртутного столба необходимо применять весь арсенал средств, в том числе капельное переливание крови, субокципитальную пункцию по акад. Штерн и внутриартериальное переливание крови, кровозаменители и противошоковые растворы.

10. Систематическая ваго-симпатическая блокада после ушивания плевноторакса должна являться составной частью послеоперационного ведения этих раненых.

11. Впрыскивание в ствол крупных нервов новокаина перед перерезкой нервов при ампутации должно стать законом.

12. При энергичном проведении комплекса профилактических и лечебных противошоковых мероприятий смертность от шока может быть снижена в 2—3 раза.



Майор медслужбы канд. мед. наук М. А. УМАНСКИЙ

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ПЭП (РЕФЕРАТ)

На основании анализа большого материала (пятизначная цифра) видно, что болезни сердечно-сосудистой системы занимают третье место (11,6%) среди заболеваний внутренних органов. На первом месте стоят заболевания органов дыхания (36%), на втором — пищеварения (30,9%). Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы преобладают миокардиодистрофии (44,1%) и клапанные пороки (22,5%), главным образом недостаточность двустворчатого клапана (20,8%). Из общего числа сердечных заболеваний на долю органических поражений приходится 72,1%. Миокардиодистрофией страдают главным образом люди в возрасте 40—50 лет, работающие в нестроевых частях. Расстройство компенсации у них наступало обычно после большой физической нагрузки (рытье траншей, строительные работы, большие переходы).

У лиц более молодого возраста после марша отмечались одышка, чувство усталости, незначительная отечность голеней, иногда расширение границы сердца влево, тахикардия, нечистый первый тон на верхушке. После 2—3-дневного отдыха все эти явления проходили.

Больные с выраженной кардиопульмональной недостаточностью (увеличенная печень, отечность ног) нуждались в длительном госпитальном лечении, эвакуации в тыл. Последних было больше. Миокардитов и кардиосклерозов отмечено незначительное количество (2,5%). Последних, конечно, было фактически больше, так как часть из них вошла в группу миокардиодистрофий. Функциональная недостаточность сердечно-сосудистой системы отмечена в 8,8%. Среди сердечно-сосудистых больных обнаружено 1,5% с гипертонической болезнью, главным образом в пресклеротической стадии.



Санинструктор Е. Н. ИГНАТЬЕВ

Обработ. полк. медслужбы Головановского

САНОБЕСПЕЧЕНИЕ СТРЕЛКОВОГО БАТАЛЬОНА В НАСТУПЛЕНИИ В ЛЕСИСТО-БОЛОТИСТОЙ МЕСТНОСТИ КАРЕЛИИ

Наш батальон стоял в обороне в лесисто-болотистой местности с небольшими озерами и перешейками между ними в 300—400 м ширины. Эти перешейки и просеки в лесу были нанесены на карту, хорошо известны противнику и им обстреливались. БМП располагался в 2 км от боевых порядков и в 150 м от КП командира батальона в двух блиндажах с накатами. Один блиндаж предназначался для оказания помощи раненым и ожидания ими сантранспорта, а второй—для личного состава санвзвода. Я работал санинструктором санвзвода батальона.

Однажды командир батальона сообщил командирам всех подразделений, что батальону поставлена задача через 2 дня начать наступление на узком перешейке между озерами и болотами и овладеть высотой, которая контролирует окрестные дороги, и дал указания о подготовке к наступлению.

Командиру санвзвода комбат приказал: 1) произвести медицинский осмотр бойцов и больных отправить на ПМП; 2) помыть людей в бане со сменой белья, для чего использовать имеющиеся в ротах и возле КП батальона бани; 3) БМП на исходном положении для наступления развернуть в районе 3-го взвода 7-й роты, откуда батальон начнет наступать; 4) эвакуировать раненых по просеке, которая идет от фронта в район 3-го взвода 7-й роты, где будет размещен БМП; произвести разведку всего этого района для уточнения размещения БМП и путей выноса и вывоза раненых; остальные указания получить от старшего врача полка. Командир санвзвода тут же после совещания сказал командирам стрелковых рот, чтобы они выслали к нему на БМП командиров санитарных отделений рот.

Старший врач дал следующие указания:

1. По докладу командира полка в помощь командиру санвзвода 2-го действующего батальона выделяются для выноса раненых 20 человек из музыкантского взвода. Командовать ими будет санитарный инструктор сапроты полка. Кроме того, для работы на БМП вызываются санинструктор и 2 санитаря из 3-го батальона.

2. БМП развернуть в районе 3-го взвода 7-й роты. Место развертывания БМП уточнить. Так как землянок там нет, необходимо для БМП устроить шалаш с костром.

3. ПМП переходит сюда, займет два блиндажа БМП, блиндаж хозяйственного взвода и блиндаж связных комбата. Под перевязочную развернуть палатку.

4. На место стоянки ПМП перейти отделению МСБ в составе 2 хирургов и 4 медицинских сестер. Они займут 6 блиндажей ПМП и полковую баню, в которой можно разместить до 30 раненых.

5. Порядок эвакуации устанавливался следующий:

а) ротным санитарам выносить раненых с поля боя до перекрестка просеки на расстоянии 200 м;

б) на перекрестке просеки установить пост носильщиков, присланных из музыкантского взвода. Начальником поста будет санинструктор сапроты. Носильщикам выносить раненых до БМП;

в) от БМП до ПМП эвакуировать раненых на выделяемых к БМП двух двуколках и четырех парных передках санповозок (лесисто-болотистая местность была непроходима для другого вида транспорта);

г) с ПМП до отделения МСБ эвакуация раненых будет производиться на машинах;

д) путь выноса и вывоза раненых до БМП разведать командиру сан взвода батальона, а путь эвакуации с БМП до ПМП санроте полка; результаты разведки прислать к исходу дня;

е) необходимо немедленно выслать лошадь на ПМП для получения перевязочного материала и 4 носилок.

Командир сан взвода со мной и санинструктором, выделенным из санроты полка, пошел на разведку местности.

Итти можно было во весь рост, так как нас прикрывал от противника лес и искусственно сделанный завал. Во время разведки было выяснено, где можно ожидать больше всего раненых и что указанное старшим врачом место (перекрест трюсек) для поста носильщиков будет обстреливаться противником, а обойти это невозможно, так как местность справа была заболочена, слева же минирована. Место для БМП мы выбрали на обратном скате высоты в 20 м от озера, чтобы рвущиеся в озере снаряды не поражали осколками.

Место расположения поста носильщиков было изменено и перенесено на соседнюю просеку. Утром началось наступление. Роты прошли завал, преодолели минное поле, проволочные заграждения по сделанным саперами проходам и заняли первую линию окопов противника без особого сопротивления с его стороны, так как наступление было для противника неожиданным.

Но затем противник открыл сильный пулеметный и минометный огонь по занятым нами окопам и лесу. Появились раненые. Эвакуация раненых осуществлялась в основном по намеченному плану.

Во время боя был обнаружен ряд недостатков в организации санитарной службы. Пост носильщиков, расположенный на просеке, был сильно обстрелян; имелись вторичные поражения раненых. Пришлось срочно перенести его в сторону от просеки в глубину леса. Для перехвата легко раненых и носильщиков с тяжело ранеными, которые следовали по лесу, выставлено было два маяка из музыкантского взвода; они направляли легко раненых на БМП, а носилочные звенья на перемещенный вглубь леса пост.

Так как выносить было сравнительно далеко и по вязкому грунту в лесу, то пришлось давать четырех носильщиков для выноса одного тяжело раненого. Носильщики несли во весь рост (лес укрывал) на носилках, плащ-палатках и жердях. Раненых было довольно много, и для выноса раненых пришлось привлечь саперов, освободившихся после того, как они сделали проходы. У многих раненых осколками имелось кровотечение и большое повреждение тканей, почему приходилось часто прибегать к жгутам и использовать вместо индивидуальных пакетов с небольшими подушечками малые и большие повязки.

На пути к БМП имелась небольшая возвышенность, которую объехать было невозможно (справа и слева были болота). Я заметил, что противник бьет из шестиствольного миномета и так как, повидимому, после определенного количества выстрелов ствол сильно накалялся, стрельба прекращалась на 6—7 минут. Я использовал этот промежуток и каждый раз в это время пропускал через возвышенность носилочные звенья.

Санитарная разведка пути эвакуации с ПМП на МСБ была проведена недостаточно тщательно. Настил на вязком грунте дороги оказался слабым, и первые машины с тяжело ранеными застряли. Эвакуация была задержана на несколько часов. В остальном санслужба работала четко. Все раненые были эвакуированы, и им была оказана необходимая медицинская помощь.

В ы в о д ы

1. Только тщательная оперативная работа санитарной службы полка, в том числе командиров санитарных взводов батальонов, перед боем может обеспечить полноту санитарного обеспечения полка (батальона) в бою.

2. Санитарно-тактическая разведка является важнейшим звеном в подготовительной работе санитарного взвода батальона.

3. Расположение носилочных звеньев, ЛСТ, БМП на просматриваемых противником просеках в лесу недопустимо, так как просеки часто обстреливаются противником.

4. Для организации быстрого выноса раненых в бою необходимо использовать возникающие по разным причинам огневые паузы противника.

ХОЛОДНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ РЕЗИНОВЫХ ПЕРЧАТОК МОНОСЕПТОМ

Верного способа сделать руки стерильными до сих пор не существует, и только надежно стерилизованные перчатки могут снять опасность нагноения от инфекции руками хирурга. Кипячение перчаток или стерилизация в автоклаве губительно действует на резину, в значительной степени нарушает эластичность и прочность; перчатки теряют первоначальный размер, делаются больше, становятся не по руке, что способствует более легкому травмированию их во время операции и инфицированию раны перчаточным соком. Поэтому в последнее время все чаще поднимается вопрос о холодной антисептической обработке перчаток. Способов холодной стерилизации перчаток много.

Стерилизация перчаток должна удовлетворять следующим требованиям: 1) надежность стерилизации; 2) безвредность для рук; 3) полная сохранность прочности резиновых перчаток.

Мы выбрали способ стерилизации перчаток (и рук) моносептом.

Прежде чем приступить к клиническому испытанию указанного препарата, мы изучали его бактерицидное свойство в разведениях 1 : 1 000, 1 : 3 000.

Убедившись на отдельных кусочках резиновой перчатки, зараженных гноем, в надежном бактерицидном действии моносепта, мы поставили ряд опытов с целой резиновой перчаткой. На впервые употребляемые перчатки мы наносили мазки гноя как с внутренней, так и с наружной поверхности. После этого перчатки погружали в банку с моносептом в разведении 1 : 1 000 на 30 минут. Перчатки, обработанные моносептом, во всех случаях оказывались стерильными.

Резина, как указывает Плиссан, не может служить средой для бактериальной флоры. Обработка же перчаток в течение 30 минут в моносепте легко и быстро обезбоживает их. Перчатки после пребывания в моносепте приобретают приятный беловато-желтый оттенок и бархатистость, легко надеваются без талька. Весь операционный день хирург проводит в одних и тех же перчатках, промывая их перед каждой следующей операцией моносептом.

За июль — октябрь у нас было 253 чистых операции. Из них осложнилось нагноением две, что составляет 0,8%. Авторы, применявшие иные антисептические средства для холодной обработки перчаток, имели более высокий процент нагноения: Плиссан — 7,4, Димитрук — 5,4, Лапидус — 4,4.

Обрабатываемые моносептом перчатки дольше служат, что также является преимуществом предлагаемого способа обеззараживания.

Таким образом, мы пришли к заключению, что этот метод имеет право на применение и, в частности, удобен в полевых условиях напряженной работы.

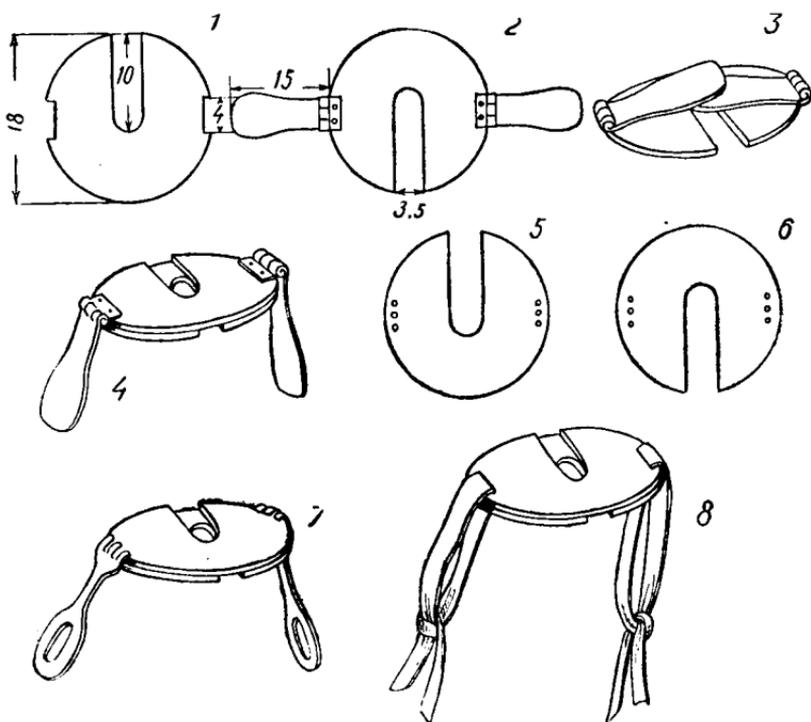
Майор медицинской службы И. И. Мнацаканов.



РЕТРАКТОР НОВОЙ КОНСТРУКЦИИ

При ампутациях крайне неудобно оттягивать марлевыми салфетками или полотенцем мягкие ткани к корню конечности при перепиливании кости. Имеющиеся для этой цели металлические ретракторы громоздки — ручки у них

несъемные и в обычные кипятыльники они для стерилизации не помещаются. Кроме того, они отсутствуют в стандартных наборах и в госпиталях обычно их нет. Это побудило нас сконструировать простой металлический ретрактор со складными или съемными ручками, помещающийся в обычном кипятыльнике вместе с инструментами и могущий быть изготовленным слесарем в любом госпитале. После испытания нового ретрактора в военно-морских госпиталях он получил высокую оценку от пользовавшихся им хирургов и одобрение флагманского хирурга Черноморского флота проф. Б. А. Петрова.



Ретрактор состоит из двух дисков из листового металла в 0,2—0,3 см толщины и диаметром в 18 см. В каждом диске имеется продолговатая вырезка от окружности по диаметру, заходящая за центр, размером 10×3,5 см. Будучи наложенными друг на друга так, чтобы периферические концы вырезок были направлены в разные стороны, диски образуют сплошной металлический круг с отверстием в центре (рисунок 4) для помещения кости ампутуруемой конечности. Для оттягивания мягких тканей к одному из дисков прикреплены (рисунок 1 и 2) на шарнирных соединениях типа оконных петель две ручки размерами 15×4 см. Диск со сложенными ручками (рисунок 3) легко укладывается в кипятыльник и занимает мало места. В дальнейшем мы отказались от этих ручек, а пользуемся обычными хирургическими крючками с 3—4 зубьями. Зубья вставляются (рисунок 7) в отверстия, просверленные по окружности диска в двух диаметрально противоположных местах (рисунок 5 и 6). Можно также в дисках пропиливать щели и в них пропустить полосы марлевого бинта для удержания диска (рисунок 8), диски же можно сделать выпуклыми (вроде часовых стекол). Такой ретрактор весьма удобен в работе: 1) он полностью предохраняет мягкие ткани от попадания под шлоотно пилы; 2) облегчает фиксирование конечности; 3) удобно стерилизуется; 4) прост в изготовлении.

Майор медицинской службы В. С. Тихонов



Подполк. медслужбы проф. Г. М. ПОПОВ

К ИСТОРИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ В РОССИИ

Наша служба до середины прошлого столетия называлась, как и в других странах, военно-медицинской, но в результате открытия микробов и резко возросшего удельного веса профилактических оздоровительных и противоземляничных мероприятий в общей деятельности службы впоследствии получила наименование военно-санитарной. Восстановленное в Красной Армии наименование военно-медицинская служба соответствует более широкому понятию медицины, охватывающей лечебное и санитарное дело.

При изучении истории русской военной медицины больше всего привлекают внимание фундаментальные труды Н. И. Пирогова. Однако военно-медицинская служба существовала в русской армии задолго до Пирогова, но сведения о том периоде отрывочны, несистематизированы.

В первой четверти XVII века в Разрядном приказе, этой центральной штатной комиссии времен царя Алексея Михайловича, впервые упоминается должность полкового лекаря. Имеются сведения о спорадических направлениях в войсках придворных докторов из иноземцев: при Иване Грозном — для оказания помощи высшим начальникам и особо отличившимся воинам, при Борисе Годунове — для борьбы с кровавым поносом и др. В статье А. Лебедянской «Первая военно-медицинская школа на Руси» («Ист. журн.», № 3, 1941, стр. 97—101) опубликованы некоторые материалы, относящиеся к середине XVII в.

При подготовке в 1653 г. к войне с Польшей возник вопрос об организации «лечеб. ратных людей». Эта задача не обеспечивалась существовавшей уже тогда практикой привлечения в войска знахарей-самоучек и выучеников иностранных «дохтуров» по договорам с последними. Поэтому в конце 1653 г. или в самом начале 1654 г. правительством был издан указ: «в Аптекарский приказ брать в ученье лекарского дела стрельцов и стрелецких детей и иных всяких чинов, не из служилых людей». В первую группу набранных в эту школу вошло 30 человек, фамилии которых известны.

Школа помещалась в Аптекарском приказе в Кремле и возглавлялась начальником приказа боярином Ильей Даниловичем Милославским. Обучением руководили иностранные «дохтура», старшим из которых был Грамон Артман. Преподавание велось на иностранных языках с участием «толмачей». Лекции «дохтуров» переводились на русский язык и вместе с имевшимися переводами латинских, немецких и польских медицинских книг служили основными пособиями. Пользовались также хранившимися в архиве приказа записными докторскими книгами (журналами) и аптекарскими «сказками», т. е. протоколами осмотров больных, историями болезней, рецептами и другими документами.

По московским представлениям того времени различались «дохтур», «лекарь» и «обтекарь». «Дохтур совет свой дает и приказывает, а сам тому не искусен, а лекарь прикладывает и лекарством лечит, а сам не учен, а обтекарь у них обоих псарь». В школе «дохтура» читали лекции, а лекари вели практические занятия со студентами.

Теоретическое обучение первой группы студентов продолжалось недолго и начиналось, вероятно, с теоретического знакомства с основами естествознания и медицины. Начавшаяся война с Польшей потребовала привлечения преподавателей школы и учеников к «лечеб» множества «больных и раненых ратных людей». Школа выступила почти в полном составе в мае 1654 г. с главными силами царя в Вязьму, где находилась «главная квартира» (штаб) русской армии. 11 мая им было выдано «доброе сукно» «для вяземской службы». В Вязьме ученики были распределены по полкам группами с иноземными врачами во главе.

«Лекарского дела ученики», таким образом, очень рано перешли к практическому обучению. В марте 1655 г. медицинский отряд из полка Шереметьева был переведен в полк Бутурлина. При этом воеводе был дан «наказ» наблюдать за обучением учеников: «И вы б им велели быть у лекаря у Василия Ульфога, и велели б есте лекарю Василию Ульфову учеников лекарскому делу учить с великим радением и воровства бы (т. е. непослушания) от них никакovo не было, а буде они лекаря Василия Ульфога в лекарском деле слушать не гучнут, и им за то быть в наказаныи без пощады».

Опыт войны показал, что количество врачей в армии было явно недостаточно, несмотря на призыв в армию врачей и аптекарей в завоеванных городах. Воеводы неоднократно просили о присылке в полки «лекарей» и лекарств. В феврале 1655 г. сам царь поехал в Москву и привез в армию лекарства на 14 подвод, а также новых врачей, цырюльников и учеников, набранных за это время в школу в Москве. Особенно большая потребность в хирургах повела к организации при Аптекарском приказе нового типа школы «костоправного дела». Эта школа считалась по сравнению с первой низшей. Возглавлял эту школу «мастер» — стрелец Петров Первой из приказа Я. П. Соловцова. Обучение в этой школе было главным образом практическое, в боевых условиях. Окончившие эту школу Максимов и Дорофеев в 1665 г. просили зачислить их в «костоправы» в Аптекарский приказ. «Учились де они костоправному делу у костоправа у Первушки Петрова и костоправному делу выучились и в прошлом де в 163-м (1654/55 г.) и в нынешнем в 164-м (1655 г.) году были на государеве службе в полках, Ивашка Максимов у бояр и воевод у князя Якова Куденстовича Черкасского с товарищи, Степка Петров (Дорофеев) у бояр и у воевод у князя Алексея Никитича Трубецкого с товарищи и государевых ратных людей лечили». Этим кандидатам на звание «костоправа» 20 декабря 1655 г. в Аптекарском приказе в присутствии боярина Милюславского «свидетельствовали (т. е. экзаменовали) чему горазды». На этом экзамене «костоправ Первушка Петров» подтвердил приведенные выше сведения об учениках и добавил, что они: «пулки вымали и раны лечили и кости ломаны правили, и тому оны лекарскому делу научены». Экзаменовавшиеся 28 декабря были зачислены «костоправами» в Аптекарском приказе. В 1656 г. началась новая война со Швецией. Лекарского и костоправного дела ученики в количестве 28 во главе со своими учителями снова были направлены на фронт. Здесь они не только оказывали помощь раненым, но лечили также и больных. Таким образом и клиническая подготовка первых групп учеников первой школы лекарей и костоправов осуществлялась в походно-боевых условиях.

После окончания войны в мае 1658 г. первая группа лекарского дела учеников была признана закончившей четырехлетнее обучение. Часть кончивших была направлена лекарями в стрелеческие полки, а остальные были оставлены для работы в качестве резерва для посылки в «разные полки».

Наряду с обучением в лекарской школе при Аптекарском приказе продолжалась индивидуальная подготовка лекарей иноземными врачами.

В начале XVIII века созданная царем Петром молодая русская армия получила более высокую медицинскую организацию. Помимо полковых и госпитальных лекарей, введена должность дивизионного врача впервые и раньше, чем в других странах. Дивизионный врач того времени заведывал медицинской частью дивизии и лечил больных в дивизионном лазарете, имея помощника штаб-лекаря. Кроме госпиталей, были созданы дивизионные и полковые лазареты. Число их возрастало вместе с ростом вооруженных сил. Аптекарский приказ был переименован в медицинскую канцелярию. Повидимому, лекарская школа при Аптекарском приказе влчила жалкое существование или фактически не существовала, так как о ней ничего не сказано в указе Петра от 25 мая 1706 г. о постройке «госпиталю» за Яузой со школой лекарей при нем. Госпиталь и школа были открыты 21 ноября 1707 г. Во главе был поставлен голландский врач Николай Бидлоо, искренне стремившийся создать кадры лекарей из русских людей. Школа эта явилась рассадником «дельных медикохирургов — полковых и госпитальных лекарей», несмотря на то, что после смерти Бидлоо школу возглавлял его противник де Тейльс, считавший русских неспособными заниматься наукой. Эта школа до 1755 г. содержалась на средства Монастырского приказа, а затем перешла в ведение Военной коллегии. По образцу московской школы были созданы школы лекарей при госпиталях в Петербурге и Кронштадте (1733 г.). В 1786 г. лекарские школы при

госпиталях получили значительно расширенную программу курса и были переименованы в медико-хирургические училища с правом присуждения ученой степени доктора. Такое право медицинскому факультету Московского университета, фактически открытому в 1764 г., было дано лишь в 1791 г. В Петербурге в 1798 г. была открыта Медико-хирургическая академия. Через год, в 1799 г., в Академию было преобразовано Московское медико-хирургическое училище. «Госпиталь» за Яузой, деревянные здания которого неоднократно сгорали и восстанавливались, служил клинической базой не только для академии, но до 1805 г. и для медицинского факультета Московского университета. Молодой врач-адъюнкт Е. О. Мухин, будущий профессор и декан медицинского факультета, организовал в этом госпитале палату на 10 коек для преподавания студентам университета. Московская медико-хирургическая академия была в 1804 г. слита с Петербургской, но в 1808 г. была вновь открыта как самостоятельное отделение последней и просуществовала до 1854 г., когда была окончательно закрыта с передачей учебного имущества медицинскому факультету Московского университета. Впоследствии, после Великой Октябрьской социалистической революции, в стенах военного госпиталя за Яузой, ныне Главного госпиталя Красной Армии, в 1921—1924 гг. существовала Высшая медицинская школа, слившаяся затем со II Московским медицинским институтом. Таким образом, в течение почти 240-летнего своего существования Московский военный госпиталь за Яузой неоднократно служил клинической базой подготовки врачей для армии. В течение всего времени своего существования он являлся базой для усовершенствования военных врачей и «питомником», выделявшим в ряды армии большое количество квалифицированных врачей-специалистов и организаторов в периоды военных действий.

Медицинский факультет Московского университета практически начал свое существование с осени 1764 г. Преподавание здесь первоначально носило теоретический характер. Свои клиники университет стал создавать только с 1805 г. Характер преподавания медицинских наук в Московском университете того времени отразил М. Я. Мудров в письме попечителю Московского учебного округа М. Н. Муравьеву: «...Г. проф. Рихтер (бывший профессор в Московском университете с 1794 по 1822 г.—Г. П.), коего достоинства, способности и сведения превышают всякую похвалу, читал хирургию превосходно. Но можно ли тому поверить, что он не показал ни одной операции ни на живом, ни на кадавере. И мы ни одной не сделали. Можно ли поверить, что он лишь словами и мелом делал операции, не показав строения оперируемой части на кадавере... Он не интересовался операциями, кои иногда совершали в госпиталях, и мы того не видали». Знакомясь с курсом практических наук при Медико-хирургической академии в Петербурге в 1801—1802 гг., Мудров пишет:

«Г. Загорский знает анатомию как «Отчет наш»... Учащиеся к всеобщему удивлению на репетициях и экзаменах читали всю анатомию наизусть. Но что же! Кроме остеологии, они знали анатомию по бомушкам, а не по телу человеческого. В мое время ни один из них не занимался своеручным рассеканием трупов. Да и времени к тому от коллегии не было назначено и г. прозектор, этот дорогой художник своего искусства, не считал должностью экзерцировать в том учащихя. Как же без этого ожидать можно смелых хирургов? И сколь они нужны при полках и во флоте.

2. Г. Буш, знаменитый профессор хирургии. Его сведения в литературе анатомии и хирургии чрезвычайны. Невзирая на несовершенство русского языка, он читал хирургию, как оратор. Я писал его лекции. В оных все собрано, что было известно до сих пор. Но что же? Он заставлял гл. студентов по порядку делать операции с предварительным профессорским дискурсом. Многие рассказывали разные методы оперировать весьма хорошо, но не многие хорошо оперировали со всем их приготовлением: ибо в год на студента доставалось сделать не более 2, 3 операций, как, напротив, каждую операцию каждый должен был сделать, по крайней мере, три раза. Перевазки он показывал без методических прессов и не упражнял ни одного из учащихся в накладывании оных. Как же с таким учением ожидать можно смелых операторов? Сверх того он и сам не оператор по близорукости. Я не хочу выставлять здесь тех операций, кои он делал на кадаверах в присутствии многих и за кои мы должны были краснеть, знаяши его профессорские достоинства. Так по красное слово несомненно с делом!».

Говоря о важности клинического обучения, Мудров пишет (стр. 30): «Б.. Наука при постелях больных вознаграждает все недостатки учения: здесь можно увериться, что заблаговременное соединение теории с практикой составляет истинную науку. 7. Не чему дивиться, что университеты боится полковой службы как землетрясения. Ибо не учат лечить граждан. Но нельзя не дивиться, что в академиях, воздвигнутых для воспитания полковых и морских лекарей, преподается и акушерство, и судебная медицина, а существенная часть, т. е. медицина военная, там не существует и по имени. Предмет оной есть сохранение здравия служащих в полках и во флоте. Пища, питье, одежда, перемены воздуха, местоположение, походы, удобность больницы, замена лекарем, ловкость в некоторых операциях, перевоз больных (например, с переломами) и пр. суть прекрасные главы, которые читал in collegio medico в Берлине Г. Формей, лейб-медик короля прусского и генерал штаб-доктор от армии, в пользу полковых лекарей и королевских пелиньеров.

Здесь, полагаю я, конец клеветам моим. Мне больно, что я говорил перед Вами не к чести моих соотечественников. О! Я стоюкратно желал бы быть органом их славы».

«Наконец, в славном морском госпитале нет операционного зала, да и операции делают редко. В полтора года моей службы было там сделано три ампутации, одна препанация, несколько прободных брюх. Первые четыре, помнитесь, умерли, а из последних выздоравливают редко. Напротив, скорбут, вывихи и переломы, лечат примерно».

Замечания Мудрова о задачах подготовки врачей для нужд армии не являются в его устах случайной или формальной данью уважения к этой важной задаче государственной деятельности. М. Я. Мудров был, несомненно, наиболее крупным из предшественников Пирогова в постановке вопросов военной медицины. На воспитание великого патриота родины в этом направлении в дни, предшествовавшие Отечественной войне 1812 г., несомненно, оказывала влияние вся международная обстановка. Последнюю Мудров в своем «Слове о пользе и предметах военной гигиены, или науки сохранять здравие военнослужащих в торжественном собрании Императорского московского университета июля 30-го дня 1809 г.» характеризует словами: «Дух времени есть дух браней» (стр. 3). Вероятно, некоторое военизирующее влияние на Мудрова оказали его работы в Московском военном госпитале во время студенческого клинического стажжа в нем, в 1799—1800 гг., а затем в Петербургском морском госпитале в качестве врача и слушание лекций в Медико-хирургической академии в 1801—1802 гг., где он вынужден был задержаться в ожидании возможности поехать за границу. Правда, в вышецитированном письме Мудров с горечью отмечает, что «даже в академиях, воздвигнутых для воспитания полковых и морских лекарей, существенная часть, т. е. медицина военная, не существует и по имени». Но за границей он со свойственной ему тщательностью слушает и записывает лекции по военной медицине и, вернувшись затем на родину, после участия в военных действиях 1807 г., объявляет в университете курс военной медицины. К этому его обязывало то, что он жил, по его словам, «при звуке оружия, шумящего от всех четырех ветров, сушу и море обгаряющего кровью». «В сообразность сему времени браней и кровопролития» Мудров, первый и единственный в истории Московского университета до наших дней профессор военной медицины, не ограничился задачей с университетской кафедры воспитывать будущих врачей в вопросах «науки сохранять здравие военнослужащих». Он для торжественного собрания взял темой военную гигиену и, имея случай обратиться с горячим и ярким словом к сильному миру сего, обычно приглашавшимся на торжественные собрания университета, привлекал их внимание к важности и необходимости обеспечить «здравие военнослужащих» как залог победы. Он ставил своей целью «вести сию науку в особенном отечестве нашем, сыскать его покровителей в университетах и особенно в медико-хирургических академиях и в военных корпусах, готовящих юношество к военной службе». В биографии М. Я. Мудрова, составленной к столетию Московского университета, читаем: «Наука в лице Мудрова подавала свой живой, одушевленный, советовательский голос в деле великого приготвления сил на защиту отечества. Слово врача проникнуто самою теплою любовью к родине и к ее воинам и озарено полным званием дела, для которого ученый прочел все книги, касавшиеся того же предмета, обозрел в России и за границей и изучал на опыте все военные госпитали, всю жизнь солдата и

особенно русского» («История Императорского московского университета», Москва, 1855, стр. 396).

«Мысль о сохранении здоровья солдат, — говорит Мудров, — не есть новая материя в ученом свете. Древние писатели оставили нам множество бесценных открытий о сем предмете». «Имея щастие служить в мирное и военное время России воинству в госпиталих, мне вверенных, и навыкнув видеть болезни солдат и испытывать их причины, я считаю себе славою воззвать сию науку из мрака забвения в недре моего любезного отечества». Полковых лекарей и дивизионных докторов «должность есть не столько лечить, сколько предупреждать болезни, а наиболее учить солдат беречь свое здоровье». «Военная гигиена полезна каждому, начиная от унтер-офицера до генерала, дабы беречь свое и своих подчиненных здравие и учить их сохранять оное». «Сытые и здоровые солдаты суть храбры, в трудах неутомимы, ловки и, следовательно, победоносны». «В самой глубокой древности видим, что цари царств протекших и их военачальники пеклись о сохранении здоровья их ратников». Моисей говорил о дисциплине, чистоте и опрятности. При Агамемноне во время осады Трои дети Эскулапа, первого врача древней Греции, — Махаон и Подалир не только воевали, но оказывали помощь раненым. Махаон — воин-хирург — извлекал стрелы и вливал в раны бальзам. Кесарь говорил полководцам: «Берегите ваших солдат, дабы от болезней не лишились вы людей тогда, как надобно будет вам действовать». Ксенофонт в диалог Кира с Камбизом включил следующие реплики Кир: «я старался снабдить армию врачами и лекарями и могу сказать, что я имею самых искусных, каких только можно иметь». Камбиз, не удовлетворяясь этой похвалой царя, советует: «Вы приложите благодарнейшее старание — предупреждать болезни и препятствовать их распространению в вашей армии», и, в частности, указывает на необходимость, «чтобы лагерь поставлен был на здоровом месте». После цитирования более поздних авторов, до современников включительно, Мудров раскрывает перед собранием содержание науки военной гигиены. Эту дисциплину он рассматривает как одну из четырех, объединяемых понятием военной медицины. В последнюю входят: 1) военная гигиена, 2) военная терапия, или армейская клиника, 3) военная, или полковая, хирургия и 4) военная фармакология. Военную гигиену Мудров подразделяет на общую и частную. В общую часть входят вопросы о воздухе, о пище и питье, о движении и покое, о сне и бдении, об отделениях и испражнениях и о душевных движениях. В частной военной гигиене рассматриваются проблемы применительно к трем состояниям: до войны, на войне и после войны. Задачи в состоянии до войны начинаются с рекрутского набора, имея в виду отбор здоровых. Здесь надо иметь в виду прежде всего массу призываемых: «не одно — сто тысяч воинов». При отборе следует руководствоваться «правилами лейб-хирурга Виллие, главного от армии инспектора по медицинской части». Второй задачей является воспитание солдат в духе храбрости. При отборе и в процессе предупреждения заболеваний следует иметь в виду разные роды военной службы: «например, пехотные подвержены ранам ног, всадники — вывихам и переломам, почечудным припадкам, выладам внутренностей, а матросы — скорбуту и пр.». К разделу «Зимние квартиры и гарнизоны» относятся: «строение казарм и содержание их в порядке, очищение воздуха, скорое отдаление больных в госпиталь, артельная пища, готовность к походу и пр.». Глава «Состояние до войны» заканчивается гигиенической оценкой нравов, военной дисциплины и наказаний.

Переход в состояние войны открывается выступлением в поход и первыми движениями армии. В задачу врача здесь входит приучать солдат «постепенно ко всем тягостям, к непостоянству стихии и перемене климатов, пищи, питья и пр.». «С начала похода надобно приучать солдат, чтобы, пришед на место, они обмывались от пыли, полоскали свои рты, чистили, сушили и починовали платье и обувь, мыли ноги и, поужинавши и помолившись Богу, ложились спать ранее». «Зимой должно сближать ряды, а летом вести как можно просторнее и не теснись». При расположении бивуаком важно иметь в виду здоровые условия местности и поддержание чистоты в лагере. При оценке разных театров войны следует изучить «военно-врачебную топографию». «Чтобы предупредить болезни, могущие случиться в лагере, надобно иметь глубокие местные познания». «Зная господствующую болезнь жителей страны и ее причину, легче отстранить оную, нежели лечить болезнь, которая есть следствие первой. При скоренном марше надо знать наперед, на основе изучения рельефа местности,

какое пространство могут пройти солдаты, «чтобы вступить в сражение неизнуренными». Необходимо особые условия соблюдать при отступлении и при осаде. Во время сражений «туда, где ад истощил всю лютость и искусство к убийству и мучению смертных, туда идет врач, человеколюбием одушевленный, чтобы облегчить лютые мучения, перевязать кровоточащие раны и исхитить из челюстей смерти жертвовавших жизнью за веру и отечество». «Идучи на сражение, солдат должен быть снабжен некоторым количеством пищи... Сытой вынесет он и суровость воздуха, и все труды». «Хотя во время самого сражения не всегда можно перевязывать раненых, но надобно заметить, что от ускоренной перевязки зависит легкость, скорость и безопасность лечения их. В лоцциях, закрытых от ядер и пуль, назначаются места для перевязок, где все готово для совершения ампутаций, для вырезывания пуль, для соединения переломанных членов, для вправления вывихов и для простых перевязок». Для транспортировки тяжело раненых употреблялись «фуры с подвесными на ремнях носилками». В полевых условиях временные полевые лечебные заведения нередко состоят из одной крыши с земляным валом.

Основной задачей в состоянии после войны является правильная организация «госпиталей» для долечивания раненых и инвалидов. Здесь важно обеспечить наличие в госпитале хорошей воды, вентиляции, соблюдение правил личной гигиены, содержание в чистоте постели с переменной белья и сена в матрацах. Особо важно, чтобы было чисто в операционной, перевязочной и в кухне. Работу необходимо учитывать. Что касается способов лечения ран, то «чем реже, суше и скорее делается перевязка, тем скорее вылечиваются раны».

Глубокий подход к задачам медицинского обеспечения войск нашел отражение в книжке Мудрова «О пользе и предметах военной гигиены». Эта книжка много способствовала развитию дела охраны здоровья армии.

Однако еще долгое время преподавание военно-медицинских предметов не было включено в программы медицинских факультетов. В каталогах и обзорах преподавания в последующие годы в Московском университете до 1920 г. о военно-медицинских предметах не упоминается, хотя вопросы специальной подготовки врачей для нужд армии не только возникали, но, несомненно, и разрешались так или иначе при ускоренных выпусках врачей. Эта подготовка насуп, естественно, была неудовлетворительной.

Так, главный медицинский инспектор армии, говоря об ускоренно выпущенных в мае и августе 1821 г. врачах, считает, что от них «не только не может быть пользы, но может быть и вред», и считает необходимым, чтобы медицинский факультет не выпускал раньше 4 лет обучения, чтобы в последний год студенты больше занимались в клиниках, видели большее число больных и разнообразные болезни, а после испытаний направлялись в военные госпитали на 3—4 месяца. Ускоренные выпуски для нужд армии, однако, имели место, например, в июне 1831 г., в 1854 г., в 1876 г. и в другие годы. В связи с русско-турецкой войной 1877—1878 гг. было обращено особое внимание на подготовку врачей по гигиене. Постановление об учреждении кафедры гигиены было вынесено медицинским факультетом Московского университета в 1876 г. но было реализовано позднее.

Мы полагаем, что изучение роли, форм и содержания военно-медицинской подготовки врачей на медицинских факультетах наших университетов, особенно старейших—Казанского, Харьковского и др., заслуживает внимания и что эта проблема должна быть включена в план научно-исследовательской работы медицинских вузов.



ПЕНИЦИЛЛИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОЕННОЙ ТРАВМЫ

J. S. Jeffreys, Scott Thomson (British Medical Journal, 1944, № 4356).

Британским военным министерством были образованы на итальянском фронте «группы по изучению действия пенициллина», состоящие из хирурга, патолога и лаборанта, в функции которых входило распределение этого препарата по медицинским учреждениям армии, инструктаж хирургов об его свойствах и демонстрация методов его применения, а также проведение специальных исследований и сбор материалов для изучения результатов действия препарата.

Для изучения пенициллин был распределен среди 80 действующих центров. Это были госпитали общего типа, пункты первой помощи, полевые хирургические подразделения и подвижные подразделения специального назначения — дейрохирургические и челюстно-лицевые. Пенициллин употреблялся главным образом в виде натриевой соли, пригодной как для местного применения, так и для введения внутривенно и внутримышечно. Кальциевая соль пенициллина смешивалась с сульфатазолом как наполнителем в пропорции 5 000 единиц пенициллина на 1 г сульфатазола. Получалась удовлетворительная пудра, которая вместе с распылителем была широко распространена среди передовых действующих центров. Большая часть натриевой соли пенициллина посылалась на госпитальные базы, так как там раненые с переломами и другими ранениями задерживались достаточно долго, чтобы пройти соответствующее систематическое лечение пенициллином. В медицинские учреждения передового района также направлялось небольшое количество натриевой соли пенициллина для применения при газовой гангрене и проникающих ранениях грудной клетки. Распространение пенициллина осуществлялось подразделениями службы переливания крови.

Систематическому лечению пенициллином (внутримышечно и внутривенно) подвергались: а) все случаи переломов бедра, переломы большеберцовой кости, лопатки, верхней трети плеча и другие тяжелые переломы (например, переломы костей таза), ампутации, тяжелые ранения кисти, множественные тяжелые ранения мягких тканей; б) случаи газовой гангрены; в) некоторые поздние случаи сепсиса; г) септицемии.

Местное лечение пенициллином применялось при ранениях грудной клетки, головы, глаз, лица и мягких тканей.

Нежелательные реакции наступали в ничтожном числе случаев за исключением тромбофлебита, развивающегося при длительном внутривенном капельном введении пенициллина. Тромбоз вен начинался обычно через 48 часов. Боль, ощущавшаяся при внутримышечных инъекциях, быстро проходила.

Из двухсот случаев лечения пенициллином лишь в одном наблюдалась крапивница, появившаяся на 3-й день лечения. Распространенная сыпь исчезла без всякого воздействия через 2 дня, хотя лечение пенициллином на это время не прекращалось. При внутривенном введении иногда повышалась температура, но озноба не наблюдалось. У 3 больных применялись внутримышечные инъекции кальциевой соли пенициллина, причем не было отмечено никаких местных неприятных явлений даже после 36 последовательных инъекций.

Следует отметить, что внутримышечное введение, более простое по технике, чем внутривенное, не уступало ему по эффективности.

Ранения мягких тканей. Доминирующим микроорганизмом при ранениях мягких тканей был золотистый стафилококк. На передовых пунктах все ранения мягких тканей обрабатывались пенициллином: он применялся лишь для лечения более тяжелых случаев. При его применении установленная техника лечения ран оставалась без изменений, только вместо пудры из сульфаниламида употреблялась пудра из пенициллина — сульфатазола. Ею покрывали раны подобно иному (5 000 единиц на 1 г, в среднем — 2 г). Перед этим раны

тщательно очищалась или иссекалась и оставлялась открытой. Среди хирургов, к счастью, не было тенденции пренебрегать хирургической обработкой в расчете на действие пенициллина.

Многое может быть достигнуто хирургической обработкой раны и пенициллином. Одна хирургическая обработка не может освободить полностью рану от инфекции. Хотя не получено доказательств, что раны, опыленные пенициллин-сульфатазоловой пудрой, по прибытии раненого на базу были чище, чем другие, но все же у многих хирургов такая обработка оставалась хорошим впечатлением. Во время боев в Сицилии установлено, что 50% посевок из ран, иссеченных и опыленных пенициллин-сульфатазоловой пудрой на пунктах первой помощи, были стерильны, если раненые прибывали на госпитальные базы не позднее 5 дней после первичной обработки. На госпитальных базах, как правило, накладывался ранний вторичный шов, что было возможно при коротких путях эвакуации, когда от момента ранения до прибытия на госпитальную базу, где раненые могли быть задержаны, проходило меньше 10 дней. Первая перевязка производилась обычно в операционной. Если характер раны это допускал, она зашивалась под наркозом.

Техника применения пенициллина при вторичном шве состояла в следующем: 1) при поверхностных ранах, если они чистые, делалось однократное опыление пенициллин-сульфатазоловой пудрой и накладывался шов; 2) при загрязненных поверхностных ранах производилось предварительное опыление по одному разу в течение 2 дней; зашивание производилось после третьего опыления; 3) при пазухах и проникающих ранениях, когда нельзя ввести пудру, накладывался шов с оставлением тонких дренажных трубок, через которые в течение 4 дней по каплям вводилось 3 см³ раствора пенициллина, содержащего в 1 см³ 250 единиц. Во всех этих случаях иссечение ран не производилось, за исключением освежения краев кожи и удаления лоскутов. Пудра содержала 5 000 единиц в 1 г; позднее хорошие результаты были получены и при концентрации 2 000 единиц в 1 г. Этот простой метод опыления почти всегда был эффективным, однако по мере накопления опыта среди хирургов появилась тенденция применять в тяжелых случаях промывание раны, чтобы быть абсолютно уверенным в проникновении лекарства в очаг инфекции. Дренажное и последующее промывание ран пенициллином рекомендуются и при нагноении, вызванном грамотрицательными бактериями, что часто наблюдалось во время жаркой погоды. Действие одной пудры в этих случаях было недостаточным. Ниже приводятся результаты трех серий наложения швов в госпиталях общего типа.

В первой серии 68 поверхностных ран, зашитых с сульфаниламидом, дали в 25% расхождение швов. 110 таких же ран, зашитых после однократного опыления пенициллин-сульфатазоловой пудрой, зажили без осложнений. 108 ран, считавшихся ранее неподходящими для зашивания, были зашиты после опыления пенициллин-сульфатазоловой пудрой и дали только 17% расхождения швов.

Во второй серии 170 ран мягких тканей, где было показано либо наложение вторичного шва, либо пересадка кожи, лечились опылением пенициллин-сульфатазоловой пудрой. Практически здесь в 100% было получено заживление; 25 случаев лечились промыванием пенициллином. Это были большие осколочные раны ягодицы или бедра; 70% из них зажили в течение 10 дней, остальные 30% представляли собой к этому времени поверхностные заживающие раны. Среднее время пребывания этих раненых в госпитале до выписки в команду выздоравливающих или в часть равнялось 40 дням; без пенициллина лечение было бы на 90 дней длительнее.

В третьей серии 256 ран лечились наложением шва или пересадкой кожи при местном применении пенициллина; они дали 95% хороших исходов. Среднее время пребывания в госпитале 61 раненого, леченного пенициллином, равнялось 21 дню. Среднее время пребывания в госпитале в 200 контрольных случаях составило 34 дня. Раны с большой потерей кожи, 10—14-дневной давности, инфицированные, успешно излечивались пересадкой, но после предварительного в течение 2—3 дней, опыления пенициллин-сульфатазоловой пудрой. В 2 случаях был применен лоскут на ножке, чтобы покрыть большой дефект кожи в области коленного сустава. При больших дефектах кожи чрезвычайно полезным оказалось частичное зашивание с оставлением дренажных трубок и промыванием раны раствором пенициллина. Через 4 дня отек и напряжение тканей

уменьшались, раны или зашивались полностью, или лечились с пересадкой кожи. Была сделана попытка применения 1% нейтральной профлавин-сульфатиазоловой пудры для лечения ран мягких тканей. Общее впечатление хирургов было благоприятным: «Не так хорошо, как пенициллин-сульфатиазоловая пудра, но определенно лучше, чем сульфаниламидная пудра». Опыления ею в течение 4—5 дней было достаточно для подготовки инфицированной раны к зашиванию (вместо 2—3 дней при опылении пенициллиновой пудрой). Нейтральная профлавин-сульфатиазоловая пудра нашла себе применение при лечении поверхностных ран и должна быть эффективна при лечении ран, инфицированных грамотрицательными бактериями. Имеются указания, что при попадании на свежую раневую поверхность, еще не покрытую грануляциями, она может вызывать некроз тканей. В 4 случаях раны действительно покрылись тонким черным налетом и приняли мумифицированный вид.

Ранения грудной клетки. Обычно около 33% проникающих ранений грудной клетки заканчивается эмпиемой вследствие инфицирования гемоторакса. Пенициллину принадлежит значительная роль в лечении гемоторакса или образовавшейся эмпиемы. Однако для получения хороших результатов необходимо обеспечить попадание пенициллина в очаг инфекции. Методом выбора является местное лечение в виде промывания плевральной полости, а при наличии большой эмпиемы и тяжелой интоксикации комбинация местного лечения с системным. В этих случаях недостаточно введения пенициллина только внутримышечно или внутривенно, так как препарат не проникает в достаточном количестве через плевральный барьер. Затруднения при введении лекарства в плевру зависят от наличия спаек и сгустков гемоторакса, так что необходима предварительная аспирация шприцем, а иногда и операция. В передовых районах после закрытия «сосудей» раны хирургии вводят иногда в плевральную полость 15 000 единиц натриевой соли пенициллина в 15 см³ дистиллированной воды. На госпитальных базах в плевральную полость вводят 60 000 единиц пенициллина после каждого отсасывания, которое производят один раз в 2—3 дня. Эти 60 000 единиц, в зависимости от размеров полости, растворяли в 30 или 60 см³. Если была необходима операция, то пенициллин вводили через дренажную трубку, которая оставалась в полости на 3—6 часов. Интраплевральным введением пенициллина достигалась его высокая концентрация, которая удерживалась от 48 до 72 часов и, без сомнения, оказывала сильное действие на бактерий плевральной полости.

При наличии сепсиса резекция ребра и дренирование часто не давали эффекта даже при эмпиеме стафилококкового происхождения. Наиболее тяжелым осложнением являлся бронхоплевральный свищ, который вызывал реинфекцию полости, и, как правило, приводил к смерти. Более легким осложнением было нагноение, вызванное грамотрицательными бактериями. Стафилококки, стрептококки, пневмококки и анаэробы поддавались действию пенициллина, но синегнойная и кишечная палочки обычно оставались в полости. Среди наиболее удачно излеченных случаев имелись гигантские раны грудной стенки, которые удалось зашить, несмотря на то, что они были инфицированы.

Открытые переломы. При лечении тяжелых переломов стремились создать правильное стояние отломков и начать курс лечения пенициллином в течение первых 14 дней после ранения, прежде чем успеет развиться инфекция. В передовых районах раны иссекались, опылялись пенициллин-сульфатиазоловой пудрой. На госпитальных базах лечение пенициллином (внутримышечно) начиналось немедленно; через 24 часа раны, если было нужно, вновь очищались, если возможно — частично ушивались. Переломы бедра лечились скелетным вытяжением, иногда применялись шины Томаса; другие переломы лечились глухой гипсовой повязкой. Лечение пенициллином продолжалось от 5 до 10 дней (500 000—1 000 000 единиц): в первые 3 дня вводилось внутримышечно 15 000 единиц каждые 3 часа, а затем — с 4-часовыми интервалами. В дальнейшем в течение 21 дня раны не трогали. Решение продолжить лечение пенициллином свыше 5 дней выносилось на основании сопоставления состояния раны во время операции и общего состояния больного к 5-му дню лечения.

Если через 3 недели улучшения не наступало, бактерии, выделенные из раны, испытывались на чувствительность к пенициллину. Рана открывалась, поправлялись дренажи и, если бактерии оказывались чувствительными к пенициллину, лечение им продолжалось. Наиболее серьезными в смысле инфекции, как известно, являются переломы бедра. Для того чтобы знать, какой процент

переломов бедра заканчивается хронической инфекцией (при условиях, существовавших в Италии), было изучено 70 открытых переломов бедра, леченных стандартными методами в одном из ортопедических центров.

Переломы бедра, леченные теми же хирургами, с применением пенициллина и частичного зашивания ран (каждый раненый получил в среднем 800 000 единиц) дали результаты, не лучшие, чем в контрольной группе.

Этот довольно печальный вывод обуславливался трудностью подбора соответствующего дренажа для оттока гноя. Однако, без сомнения, лечение пенициллином предупреждало возникновение тяжелого сепсиса, как это видно из таблицы.

Определенное число переломов бедра всегда требует ампутации, если дефект таков, что протез лучше обеспечит функцию конечности или если имеется сильное повреждение сосудов.

Небольшое число этих раненых все же погибает от инфекции, вызванной бактериями, не чувствительными к пенициллину.

В другом ортопедическом центре 12 переломов бедра лечили консервативными методами, применяя частичное зашивание и пенициллин. В 9 из них раны через 12 недель хорошо закрылись и эпителизировались, в 3 же имелась небольшая остаточная инфекция. Много открытых переломов других костей лечилось пени-

140 случаев открытых переломов бедра

| | Общее число | Смертельный исход | Ампутация |
|---|-------------|--|--|
| Контрольная группа | 70 | 6 (8,6%) | 6 (8,6%) |
| Группа, леченная пенициллином | 70 | 1 (1,4 %) Смерть обусловлена сопутствующим ранением мозга | 2 (3%) Обе ампутации произведены не по поводу сепсиса, а по поводу сильной деформации, делавшей ногу непригодной к употреблению |

циллином, но результаты систематически не изучались. Внутримышечное введение пенициллина в большинстве случаев оказалось эффективным. Попытка введения больших доз пенициллина в место перелома также дала ободряющие результаты.

Коленный сустав. Проникающие ранения коленного сустава протекают исключительно хорошо при применении консервативных методов лечения как с пенициллином, так и без него. В передовом районе 17 случаев лечили опылением пенициллин-сульфатизоловой пудрой и 17 случаев—опылением сульфаниламидной пудрой. И в той, и в другой серии в конечном итоге возникло по одному случаю сепсиса. Следует отметить, что в противоположность общему хорошему прогнозу при этом ранении острый артрит, если он развивается, является исключительно тяжелым осложнением, при котором показано лечение пенициллином. Восемь случаев такой тяжелой инфекции коленного сустава закончились вполне удовлетворительно, в 3 из них через 8 недель уже имелась довольно хорошая функция. Несомненно, местное применение пенициллина является методом выбора при ранениях, граничащих с коленным суставом или сопровождающихся небольшими переломами бедра, большеберцовой кости или надколенника. Сустав вскрывают, промывают физиологическим раствором, капсулу зашивают вокруг тонкой резиновой трубки, кожу частично зашивают. От 5 до 10 см³ раствора пенициллина, содержащего 250 единиц в 1 см³, вводят через трубку дважды в день в течение 4 дней, затем трубку удаляют. Иногда сустав промывают, заполняют раствором пенициллина и зашивают наглухо. Через несколько дней, если нужно, жидкость отсасывают и заменяют свежим раствором пенициллина. Системное лечение или комбинация местного и системного лечения показаны при наличии больших переломов костей, прилегающих к коленному суставу, и в случаях глубокой токсемии.

А м п у т а ц и. 12 инфицированных ампутационных культей хорошо зажили

при лечении промываниями раствором пенициллина через дренаж. Нанлучшие результаты получены в 8 случаях, когда, кроме того, был проведен еще краткий курс системного лечения внутримышечным введением препарата. Рекомендуется следующий план лечения: 1) пенициллин внутримышечно в течение 24 часов, 2) операция; 3) пенициллин (опять внутримышечно) в течение 2—4 дней. В тех случаях, когда ампутация производится по поводу сепсиса или сильной деформации стопы, в военной хирургии принято ампутировать на уровне нижней трети голени, производя позднее реампутацию на любом желаемом уровне. Теперь, когда с помощью пенициллина имеется возможность не допустить развития инфекции, опытные хирурги могут позволить себе сразу произвести окончательную ампутацию.

Газовая гангрена. При лечении пенициллином газовой гангрены, дававшей в Италии до 50% смертности, были получены ободряющие результаты.

Был рекомендован следующий план лечения:

- 1) радикальная операция (иссечение мышц или, если необходимо, ампутация);
- 2) внутривенное введение подыалентной противогангренозной сыворотки во время операции в количестве 49 500 единиц. Если клиническое улучшение не наступало, та же доза вводилась повторно через 6—8 часов и повторялась по мере необходимости;
- 3) натриевая соль пенициллина—25 000 единиц внутримышечно во время операции и 3—5-дневный курс по 15 000 единиц внутримышечно каждые 3 часа, т. е. 120 000 единиц в день (всего в среднем 380 000 единиц).

Желательно создать определенную концентрацию сыворотки и пенициллина в крови еще до операции, но практически это удается осуществить редко.

Таким образом были проведены 33 случая, причем 12 больных (36%) умерли. Пять из 33 больных были в слишком тяжелом состоянии, чтобы подвергнуться операции, и быстро погибли. Другие 28 человек получили полный курс описанного лечения. Семь из них погибли (25%) от токсемии, которую не могли снять ни возбуждающие средства, ни пенициллин, ни сыворотка; четверо от поздних осложнений—бронхопневмония и почечная недостаточность. Во всех 33 случаях имела настоящая газовая гангрена (анаэробный миозит) с массивным вовлечением мышц. Пенициллин может остановить прогрессирование, но хирургическое вмешательство все еще является главным методом лечения этого заболевания.

Проникающие ранения живота. Специальных указаний на применение пенициллина при проникающих ранениях живота не имеется. Инфекция стенки живота указывает на наличие инфекции брюшной полости и является плохим прогностическим признаком, как это доказывают поздние смертельные исходы (через 2—4 недели). В некоторых из таких случаев было применено короткое системное лечение пенициллином и получено заметное улучшение.

Ранения головы. Процент ранений мозга и волосистой части головы, заживающих первичным натяжением, был всегда достаточно высок, если операции производились в специальных нейрохирургических учреждениях. В Италии, вследствие большей загрязненности почвы, исходы были хуже в случаях без применения пенициллина и хорошими, когда поверхность ран опылялась пенициллин-сульфатазоловой пудрой, содержащей в 1 г 5 000 единиц. При абсцессах мозга методом выбора является введение пенициллина через дренаж.

Челюстнолицевые ранения, ранения глаза, ожоги. Ранам лица до сих пор предоставлялось заживать спонтанно с тем, чтобы произвести иссечение рубцов. При применении пенициллин-сульфатазоловой пудры удалось на многие раны лица накладывать первичный шов. В результате получались прекрасные рубцы. В тех случаях, когда не удавалось достигнуть такого хорошего результата, люди все же могли быть выпущены в части с тем, чтобы позднее подвергнуться косметической операции.

Удовлетворительные результаты получены при язвах роговицы и конъюнктивитах. Раствор натриевой соли пенициллина, содержащий 1 000 единиц в 1 см³, закапывался в глаза каждые 2 часа. В 50 случаях через 48 часов такого лечения стафилококковая, стрептококковая, пневмококковая и гонококковая инфекция исчезла. Инфекция глазной впадины лечилась пенициллином местно. При лангофтальмите применялось внутримышечное введение.

Пенициллин-сульфатазоловая пудра, распыляемая на обожженном участке и прикрытая сверху жирной повязкой, представляет собой лучшее средство при ожогах. Этот метод лечения ожогов применяется редко, так как требует большого количества пудры.

РЕЦЕНЗИИ

Полковник медицинской службы проф. Фрумкин А. П. Военная травма мочеполовой системы, Медгиз, 1944.

Книга проф. А. П. Фрумкина «Военная травма мочеполовой системы» содержит теоретические и практические сведения, необходимые для всякого военно-полевого хирурга и хирурга-уролога в их повседневной практике. Автору удалось в очень краткой и удобопонятной форме изложить патологию, клинику и лечение травм мочеполовой системы в военной обстановке.

Там, где это требуется, он дает краткие сведения по топографической анатомии, детально описывает наиболее эффективные оперативные методы, проверенные на огромном опыте Великой отечественной войны.

Наряду с основными важнейшими принципиальными установками в лечении тяжелейших травм мочеполовой системы автор останавливается на мельчайших деталях диагностики, лечения и ухода за ранеными, которые нередко опускаются даже в больших руководствах, но имеют большое практическое значение.

Автор проводит совершенно правильно тактику возможно более консервативного отношения к травмам почки, описывая подробно методику резекции почки при огнестрельных повреждениях ее.

Наиболее подробно автор останавливается на лечении травм мочевого пузыря и уретры и их осложнений.

Большое место отведено описанию методики надлобкового сечения мочевого пузыря и методов борьбы с тяжелыми осложнениями мочевыми затеками и уросепсисом. Подробно описана операция Мак Уортера, являющаяся наиболее эффективной при гнойных скоплениях в предпузырном пространстве и при остеомиелитах лобковых костей.

Основным залогом успеха оперативного лечения травм мочевого пузыря на передовых этапах является наиболее совершенный дренаж мочевого пузыря, околожузырного пространства и малого таза.

Сифонный дренаж сам по себе, как показал опыт, не оправдал себя, так как он по большей части не действует, и необходимо или активное отсасывание мочи водоструйным насосом или каким-либо другим приспособлением.

Все эти вопросы нашли разрешение в книге проф. Фрумкина. Он описывает также наиболее легко осуществимую на передовых этапах методику предупреждения и лечения мочевых затеков положением на животе. Эта методика создает наиболее совершенные условия дренажа мочевого пузыря, предпузырного пространства и полости малого таза.

Ранениям мошонки и полового члена в книге проф. Фрумкина также отведено должное место. Эта область ранений обычно недооценивается общими хирургами и поэтому раненые не получают должного и своевременного лечения. Проф. Фрумкин описывает важнейшие методы оперативного лечения и в этой области.

По вполне понятным причинам автор не загромождает своей книги ссылками на авторов и литературные источники. Для данной книги этого и не требуется.

Однако, как в военно-полевой хирургии нельзя отрешиться от отца военно-полевой хирургии Н. И. Пирогова, так и в военно-полевой урологии нельзя не вспомнить отца русской урологии проф. С. П. Федорова и из множества предположенных им операций трудно приводить описание субкапсулярного удаления почки без упоминания его имени.

Нельзя вполне согласиться с автором книги в отрицании гидродинамического эффекта при ранениях мочевого пузыря. Огромные разрывы и дефекты стенки пузыря служат нередко подтверждением гидродинамического действия пуль и осколков снарядов.

Также трудно рассчитывать на положительный эффект от приемов внутрь соляной и фосфорной кислоты при щелочном брожении мочи с выпадением фос-

фатов в инфицированном пузыре. Наиболее эффективными в этих случаях являются соблюдение кетогенной диеты и мероприятия, направленные на борьбу с инфекцией.

Книга проф. А. П. Фрумкина написана очень хорошим языком и легко читается.

В ней найдет много полезного уролог, но и для общего хирурга она будет служить постоянным справочником и руководством.

В этой книге отражен огромный опыт автора, много поработавшего в своей области за время Отечественной войны. Остается пожалеть, что она появилась в свет только на четвертом году войны.

Генерал-лейтенант медицинской службы Н. Н. Еланский



Наумов В. А. и Ключников Г. А., **Лечебная физкультура в ГЛР.** Предисловие начальника ФЭП — полковника медицинской службы В. А. Макарова. Изд. ФЭП 3-го Прибалтийского фронта, 1945, Тираж 650 экз.

В условиях Великой отечественной войны, когда мы переживаем (выражаясь словами Пирогова) «травматическую эпидемию», госпитали различного профиля и, в частности, ГЛР являются одним из главных источников пополнения рядов Красной Армии.

Лечебная физкультура в ГЛР нашла широкое применение в комплексном лечении и восстановлении боеспособности раненых бойцов и командиров Красной Армии.

ГЛР накопили богатый опыт организации и проведения всей своей лечебной работы в условиях прифронтовой полосы, и поэтому следует положительно воспринять выход в свет труда, освещающего вопросы лечебной физкультуры в общем комплексе лечебных воздействий.

Авторы работы взяли на себя труд осветить в практическом разрезе использование лечебной физкультуры в ГЛР с тем, чтобы способствовать улучшению постановки комплексного функционального лечения. Как видно из предисловия, настоящий труд рассчитан на врачей-специалистов и методистов-инструкторов и представляет собой обобщение опыта авторов за предыдущие годы Отечественной войны.

В главе «Организация лечебной физкультуры в госпитале» авторы дают указания организационного порядка на проведение утренней гигиенической гимнастики и лечебной гимнастики и других форм лечебной физкультуры в ГЛР.

Уделено серьезное внимание организации блока функционального лечения, органически увязывающего комплекс всех лечебных воздействий в ГЛР (хирургия, физио-бальнеотерапия, лечебная физкультура с трудотерапией и закаливанием).

В этой же главе кратко рассматривается построение плана работы кабинета, вопросы документации, обязанности врача и методика лечебной физкультуры и приведен список оборудования и инвентаря кабинета лечебной физкультуры.

Совершенно недостаточное внимание уделено вопросам трудотерапии. Последняя, являясь более молодой и менее оформленным методом лечения, чем лечебная гимнастика, нуждается в подробных организационных и методических указаниях. Авторы должны были учесть то внимание, которое уделяется за последние годы широкому применению трудотерапии в практике лечебной работы госпиталей в официальных указаниях ГВСУ Красной Армии и НКЗдрава СССР, а также в отечественной и зарубежной литературе.

Вызывает также недоумение отсутствие указаний на использование массажа и элементов механотерапии.

Методические указания по использованию физических упражнений построены в соответствии с примерной характеристикой периодов лечения в ГЛР раненых с учетом состояния раны, функции поврежденного органа и общего состояния. Такое построение методических указаний следует признать правильным, так как оно отражает принципы антропотерапии и учитывает неспецифичность метода.

Авторы дают ценные сведения о комбинированном применении лечебной гимнастики с физиотерапией, об особенностях построения процедур лечебной гимнастики в зависимости от хирургического вмешательства: при первично отсечен-

ном и позднем вторичном швах, при раннем вторичном шве и стягивающих повязках, при пересадках кожи и пр.

В заслугу авторов следует поставить то значение, которое придается ими правильно построенной методике лечебной гимнастики при ранениях мягких тканей. Но вместе с положительными особенностями методический раздел имеет и недостатки.

Недостаточное внимание уделено вопросу организации покойного положения с учетом среднего физиологического и функционально-выгодного положений. Нужно иметь в виду, что не только движения, но и покой (только организованный) также является методом функциональной терапии.

Схематично даются указания по построению процедуры лечебной физкультуры (стр. 19) с разделением на вводную, основную и заключительную части.

Трудно согласиться с догматическим указанием авторов, что упражнения локальной гимнастики начинаются с дистальных здоровых суставов. Различные варианты поражений позволяют (стр. 17) к области травмы подходить и в дистальном, и в проксимальном направлении.

Авторы, несомненно, опаздывают с применением трудотерапии при ранениях кисти, имея в виду использование ее только в третьем периоде (стр. 20). Такие виды труда, как плетение ковриков, сеток и пр., возможно применять во втором, а в отдельных случаях и в первом периоде.

Авторы работы стоят на принципиально правильной позиции, отказываясь от готовых стандартных «рецептов» для упражнений как при утренней гигиенической, так и при лечебной гимнастике. В связи с этим они дают примерный перечень специальных упражнений, которыми может воспользоваться методист или инструктор при построении процедур лечебной физкультуры в зависимости от локализации повреждений.

Нельзя согласиться с целесообразностью построения «урока» лечебной гимнастики с использованием какого-либо одного гимнастического «снаряда». Этим ограничиваются варианты подбора упражнений и нарушаются методические принципы построения процедуры лечебной физкультуры: последовательность нагрузки, чередование общей и «локальной» и пр.

В кратком изложении конкретно представлены планы уроков физической и маршевой подготовки.

Раздел «Принцип определения эффективности лечебной физкультуры» построен авторами на основе учета суммарной эффективности методами статистической обработки.

Недостаточное внимание уделяется клиническому течению поражения и динамике функционального восстановления по отдельным тестам.

Приведенные формы определения эффективности — громоздки и в состоянии отразить лишь суммарную эффективность по отдельным срокам и видам травматических повреждений.

Учет и отчетность кратко и ясно описаны авторами в заключительном разделе.

«Примерные комплексы гигиенической гимнастики» (стр. 26) правильно называть «примерные комплексы физических упражнений в гигиенической гимнастике». В фразе «Урок лечебной гимнастики при ранениях бедра и области тазобедренного сустава с соупражняющимся» (стр. 63) слово «соупражняющимся» можно отнести к тазобедренному суставу. Нельзя считать удачным выражение «ходьба с работой прямыми руками» (стр. 49), так как в лечебной гимнастике осуществляется не работа, а проведение движений и упражнений. Может смутить читателя и выражение «упражнения с сопротивлением, которые обеспечивают расслабление», что не совсем верно, так как упражнения с сопротивлением характеризуются не расслаблением, а силовым напряжением. В лечебной гимнастике термин «урок» целесообразно заменить термином «процедура», как более соответствующим задачам лечения. Не следует употреблять таких слов, как «хват», «захват», «хватом» и пр.

Книга напечатана на хорошей бумаге, удобочитаемым шрифтом. Приходится сожалеть об отсутствии иллюстративного материала.

Несмотря на некоторые недостатки, книга может служить практически пособием для врачей и инструкторов лечебной физкультуры ГЛР.

Доц. В. Мошкова



ОБЗОР СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛАХ

СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА

„The Military Surgeon“ („Военный врач“—США), vol. 94, January—June, 1944

Том 94, № 1 — январь

Maup W. L. Здоровье и физическая годность в Военно-Морском Флоте. Стр. 4—8.

Laird A. Некоторые проблемы военной санитарии. Стр. 20—26.

На анализе некоторых фактов подчеркивается важное значение наблюдения за пищевыми учреждениями и питьевой водой; военный врач должен быть прежде всего санитарным врачом. Лучшим способом обезвреживания воды автор считает хлорирование газообразным хлором.

Johnson H. S. Экстренная первая помощь. Стр. 41—45, рис. 8.

Практические указания к пользованию картоном для шин и косыночными повязками.

№ 2 — февраль

Roddis I. H. Ожоги военного времени. Меры предупреждения и лечения их. Стр. 65—75.

Подробное описание мероприятий при ожогах военного времени как среди гражданского населения, так и в войсках. Сводка: покрыть обожженную поверхность стерильной марлей с борной или какой-либо другой стерильной мазью, забинтовать мелкочейстым марлевым бинтом; очищать обожженную поверхность лишь в случаях крайней необходимости, причем делать это осторожно и в меру; применять сульфамиды; против шока применять главным образом плазму; морфин вводить в малых дозах, если надо — повторно; лечить аноксию кислородом и при возможности устранить причину аноксии. Приведена литература, 10 номеров.

Ragan Th. Работа на фронте охраны здоровья. Стр. 76—80.

О значении и успехах работы в области охраны здоровья гражданского населения в довоенное время и во время войны.

Grant D. N. W. Эвакуация воздушным путем. Стр. 80—82.

Simmons G. S. Предупредительная медицина на фронте. Стр. 85—89.

Jensen W. S. Сегодня и завтра в авиационной медицине. Стр. 89—92.

Brauer J. C. Зубоврачевание на войне. Стр. 93—94.

Weatherby F. E. Работа медицинской службы постоянного госпиталя во время воздушного налета на Гавайские острова 7 декабря 1941 г. Стр. 94—95.

Описание плана использования медицинского состава.

Knowlton D. S. Совместные операции (частей армии и флота). Стр. 96—99.

Описание плана подготовки медико-санитарной службы к совместной работе, оправдавшего себя при операции у Соломоновых островов.

Wise W. D. О признанных негодными к военной службе на основании только рентгенограмм грудной клетки. Стр. 103—104.

Beckwith-Ewell S. L. Предрешающее обследование зубов. Стр. 104—105.

О преждевременном заключении о недостаточности зубов для пережевывания армейского рациона; возможность устранения дефекта в ряде случаев.

№ 3 — март

Grant D. N. W. Работа врача воздушного флота. Стр. 131—135.

Bainbridge W. S. Замедленное действие травмы брюшных внутренностей. Стр. 135—139.

Несколько примеров и детальное описание мероприятий при производстве паратомий в подобных случаях. Приведена литература, 9 номеров.

Kreiling R. L. Эвакуация воздушным путем. Стр. 143—146.

Musen F. H. Восстановление физического здоровья в военное время. Стр. 147—156.

Brown W. T. a. Moore M. Солдаты, психически заболевшие во время сражения. Некоторые predisposing факторы. Стр. 160—161.

Brown W. T. a. Moore M. Наследственность и перенесенные заболевания. Стр. 162—163.

Hammonds E. E. Инфаркт миокарда вследствие понижения атмосферного давления в барокамере. Стр. 163—165.

Приведена литература, 8 номеров.

Alexander E. Использование оправы очков для удерживания введённого через нос желудочного зонда. Стр. 166. Рис. 1.

№ 4 — апрель

Stecker A. Неврозы военного времени. Стр. 196—198.

Fulton J. F. Некоторые факторы, влияющие на возникновение судорожных болей («bends») на большой высоте. Стр. 199—200.

Gallagher J. L. Первоначальное лечение (обработка) ран с точки зрения восстановления. Стр. 212—216. Рис. 1.

McCuskey G. F. Обезболивание на фронте. Стр. 218—222.

В общем предпочтительно применять обезболивающее, которое не задерживает эвакуацию и после которого быстро восстанавливается сознание. Рассмотрено применение обезболивающих при хирургическом вмешательстве в различных областях тела и даны общие правила.

Tobin W. J. Парашютные повреждения. Стр. 222—224.

Общий очерк с показанием частоты различных повреждений и профилактических мероприятий.

Rogritt A. E. Госпиталь в пустыне. Стр. 224—227. Рис. 3.

Краткий обзор 18-месячной деятельности.

Rogritt A. E. Новые методы лечения ожогов. Стр. 227—228.

Carney H. M. Изготовление сидячей ванны из оцинкованного железа. Стр. 229. Рис. 4.

№ 5 — май

Harris K. I. Лечение переломов военного времени. Стр. 246—250.

Положения автора частью расходятся с принятыми санитарной службой Красной Армии.

Hejduk V. К лечению травматического перитонита. Стр. 250—254.

Автор настоятельно советует промывать брюшную полость соевым раствором под давлением в количестве 30—50 л.

Приведена литература, 28 номеров.

Rogritt A. F. Хирургия в пустыне. Стр. 255—258.

Описание почти двухлетней хирургической работы в английском госпитале в пустыне на Среднем Востоке.

Engleberger L. S. Медицинская служба на о. Новая Гвинея. Стр. 258—260.

Reed W. C. a. Dillon W. F. Артерио-венозный свищ. Описание 4 случаев. Стр. 261—265. Рис. 3.

Приведена литература, 5 номеров.

Master A. M. Сердечно-сосудистые повреждения на войне. Стр. 265—268.

Приведена литература, 21 номер.

Howell R. P. Гемолитическая реакция при переливании крови, обусловленная рН-фактором. Стр. 269—270.

Описание случая. Приведена литература, 3 номера.

Dietz V. H. Основы изготовления лицевой маски для устройства протезов утраченных частей лица. Стр. 271—280. Рис. 4. Приведена литература³, 23 номера.

Samr M. N. Хирургическое отделение постоянного госпиталя в тропиках. Стр. 281—282. Рис. 1.

Stritzler C. В связи с военной службой. Стр. 286—292.

Обсуждается вопрос, в каких случаях расстройство здоровья вследствие болезни или повреждения следует считать связанным с военной службой. Тот же вопрос автор рассматривает также в отношении смерти и самоубийства.

Volk F. N. Травматический тендосиновит в учебном лагере. Стр. 293—296.

Рассматривается 63 случая со средней продолжительностью болезни 5 дней. Приведена литература, 5 номеров.

Baer L. Sh. a. Allen R. F. Предупреждение болезней, распространяемых мухами (Во время военных действий на островах.) Стр. 296—301. Рис. 3.

Рассмотрены: 1) захоронение трупов, 2) устройство кухни и помещений для еды, 3) устройство уборных 4) уборка отходов, 5) уничтожение взрослых мух, 6) различные мероприятия общего характера. Приведена литература, 5 номеров.

Kaye S. a. Castillo I. C. Простой способ определения хлоридов в воде в полевых условиях. Стр. 302—303.

Для определения (количественного) автор пользуется подкисленным раствором азотнокислой ртути, применяя в качестве индикатора раствор С-дифенилкарбазона в метаноле; требуется лишь одна пробирка и одна обычная пипетка. Приведена 1 статья.

Rauney A. B. Применение для транспортировки носилочных больных инженерных приспособлений для пересечения водных преград. Стр. 303—305. Рис. 5.

Rosenbaum L. Госпитальный табулятор. Стр. 306—307. Рис. 1.

Простое приспособление для наглядного обозначения занятых и свободных мест в различных отделениях госпиталя.

Salvato J. A. a. Heiman V. Применение кимограммы в статистике заболеваемости в военных госпиталях. Стр. 307—308. Рис. 2.

Изготовление дешевого импровизированного биофотометра. Стр. 308—311. Рис. 3.

Редакционная статья (I. M. P.) Помощь ослепшим военнослужащим. Стр. 312.

Общий план помощи. Неожиданно выяснилось, что по армии США устаеволено только 70 случаев слепоты, а по военному флоту 3 случая.

№ 6 — июнь

Johnson L. W. Санитарные проблемы тропической передовой базы. Стр. 325—335.

Rogritt A. F. Ортопедическая хирургия в лечении ран. Стр. 335—336.

Краткое сообщение о работе хирурга в базовом английском госпитале на Среднем Востоке с показанием принятых методов лечения переломов и повреждений суставов. Рекомендуются записывать важнейшие данные на самой гипсовой повязке («гипсограммы»).

Aserrott P. В. Хирургия во время военных действий в пустыне. Стр. 337—339. Рис. 1.

Описана организация перевязочного пункта.

Goosch J. O. a. Gogby A. L. Применение сульфатаизола для профилактики гонорреи. Стр. 339—344.

Описано профилактическое применение сульфатаизола в 5 902 случаях. Средство принималось внутрь в количестве до 2 г с хорошим успехом.

Hegefel F. K. Медицинское исследование поступающих на военную службу; наблюдения врача. Стр. 345—350.

Общий очерк — лекция студентам старшего курса.

Magrath J. L. Вытяжение мягких тканей после ампутации — новый способ. Стр. 373—374. Рис. 1.

Greenbaum H. Приспособление для мытья рук в полевых условиях. Стр. 374—376. Рис. 5.

Редакционная статья. (I. M. P.). По вопросу об ампутациях. Стр. 377.

По поводу слухов о бойцах, которым якобы ампутировали обе руки и обе ноги, сообщается, что таких случаев в армии США не было ни во вторую, ни в первую мировую войну. Известно о 58 случаях ампутации в последнюю войну двух конечностей у одного человека. Никто из состава вооруженных сил не подвергался ампутации большего числа конечностей.

Д-р медицинских наук Л. М. Старокадомский



СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| Проф. М. С. Вовси. Терапевтическая помощь в Красной Армии | 3 |
| Проф. А. В. Вишневский. Почему не надо часто перевязывать рану | 8 |
| М. К. Карпов. Противоэпидемическое обеспечение наступательных операций в Прибалтике | 16 |
| А. А. Колачев. Материалы к клинике и терапии так называемого острого инфекционного калиляротоксикоза | 21 |
| Н. А. Куличков и В. А. Жмур. Газовая инфекция по материалам XIII Г | 31 |
| Х. Д. Гаджиев. Профилактика и лечение травматического шока | 37 |
| М. А. Уманский. Заболевания сердечно-сосудистой системы | 42 |
| Е. Н. Игнатьев. Санобеспечение стрелкового батальона в наступлении в лесисто-болотистой местности в Карелии | 43 |

ОБМЕН ОПЫТОМ

| | |
|---|----|
| И. И. Мнацаканов. Холодная стерилизация резиновых перчаток моносеptom | 45 |
| В. С. Тихонов. Ретрактор новой конструкции | 45 |

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

| | |
|--|----|
| Проф. Г. М. Попов. К истории военно-медицинской подготовки врачей в России | 47 |
|--|----|

РЕФЕРАТЫ

| | |
|---|----|
| Пенициллин при лечении военной травмы (British Medical Journal, № 4356), 1944 | 53 |
|---|----|

CONTENTS

| | |
|--|----|
| Prof. M. S. Vovsi. Therapeutic aid in the Red Army | 3 |
| Prof. A. V. Vishnjevsky. Why it is not necessary to dress the wounds often | 8 |
| M. K. Karпов. Antiepidemic security of the offensive operations in Pribaltic | 16 |
| A. A. Kolachev. The data to the clinics and therapy of the so-called acute infectious capillarytoxicosis | 21 |
| N. A. Kulichkov and V. A. Jmur. Gas infection after the data of S. F. A | 31 |
| Kh. D. Gadjiev. Prophylaxis and treatment of the traumatic shock | 37 |
| M. A. Umanskiy. The illnesses of the cardio-vascular system | 42 |
| E. N. Ignatiev. Sanitary security of the rifles in the offensive through the woody marshland in Karela | 43 |

INTERCHANGE OF EXPERIENCE

| | |
|--|----|
| I. I. Mnatsakanov. The cold sterilization of the rubber gloves with the monoseptom | 45 |
| V. S. Tikhonov. A retractor of a new construction | 45 |

FROM THE HISTORY OF THE MILITARY MEDICINE

| | |
|---|----|
| Prof. G. M. Popov. To the history of the military medical preparation in Russia | 47 |
|---|----|

ABSTRACTS

| | |
|--|----|
| Penicillin in the treatment of the war trauma (British Medical Journal, No 4356, 1944) | 53 |
|--|----|

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ**CRITICISM AND
BIBLIOGRAPHY**

| | |
|--|----|
| Проф. Н. Н. Еланский. Рецензия на книгу А. П. Фрумкина «Военная травма мочеполовой системы» . . . | 58 |
| Доц. В. Мошков. Рецензия на изд. Наумова и Ключникова «Лечебная физкультура в ГЛР» | 59 |
| Д-р медицинских наук Л. М. Старокадомский. Обзор статей, опубликованных в журнале <i>The Military Surgeon</i> за 1944 г. | 61 |

| | |
|---|----|
| A. P. Frumkin. The war trauma of the genito-urinary system, rev. by prof. N. N. Elansky | 58 |
| Naumov and Klinchikov. Medical physical culture in the Hospital for the mildly wounded, rev. by Doc. V. Moshkov | 59 |
| L. M. Starokadomsky, M. D. A survey of the articles inserted in the journal <i>The Military Surgeon</i> for year 1944 | 61 |